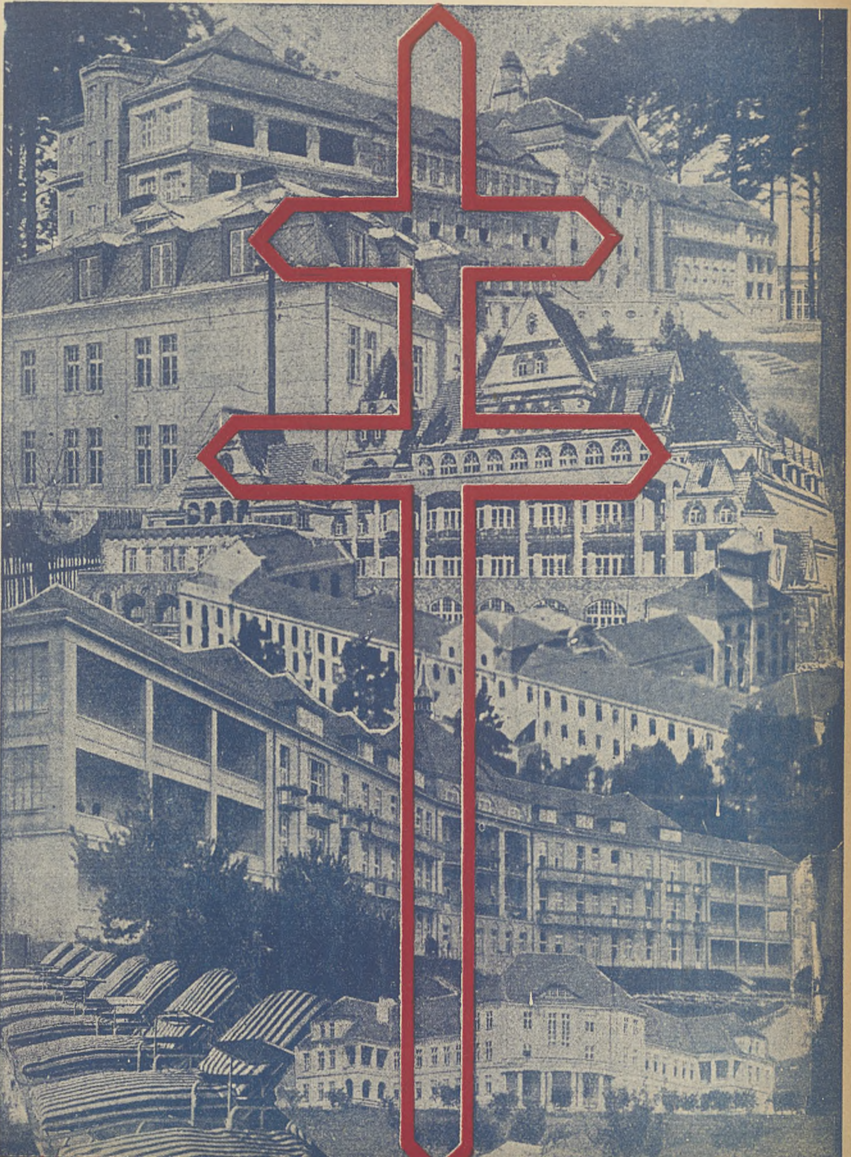
W SŁUŻBIE ZDROWIA

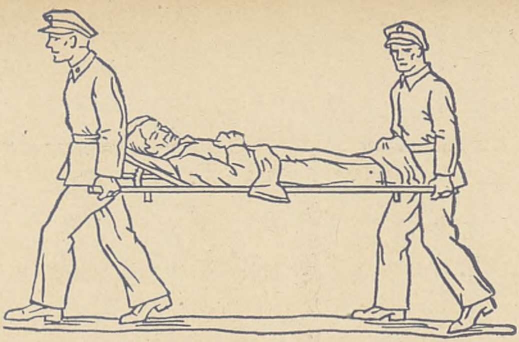
NA DNI PRZECIWGRUŹLICZE

Numer wydany przy współudziale Polskiego Związku Przeciwgruźliczego



...cki - 1935

CNA 30 GR.



Warszawa, 30 listopada 1935 r.

W SŁUŻBIE ZDROWIA

11

NUMER PRZECIWGRUŹLICZY

opracowany przez dra med. M. Grodeckiego, dra med. M. Skokowską-Rudolfową, H. Stypułkowską, dra med. St. Sielickiego, dra med. J. Birencwajga, pod redakcją dra med. Jana Adamskiego

Ty i ja, — nasi najbliżsi, wszyscy jesteśmy wystawieni na niebezpieczeństwo zapadnięcia na gruźlicę.
Ty i ja, my wszyscy, winniśmy wziąść udział w walce z gruźlicą.

Płk. dr. med. Stefan Rudzki (Warszawa).
W. Prezes Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Co wiedzieć należy o gruźlicy.

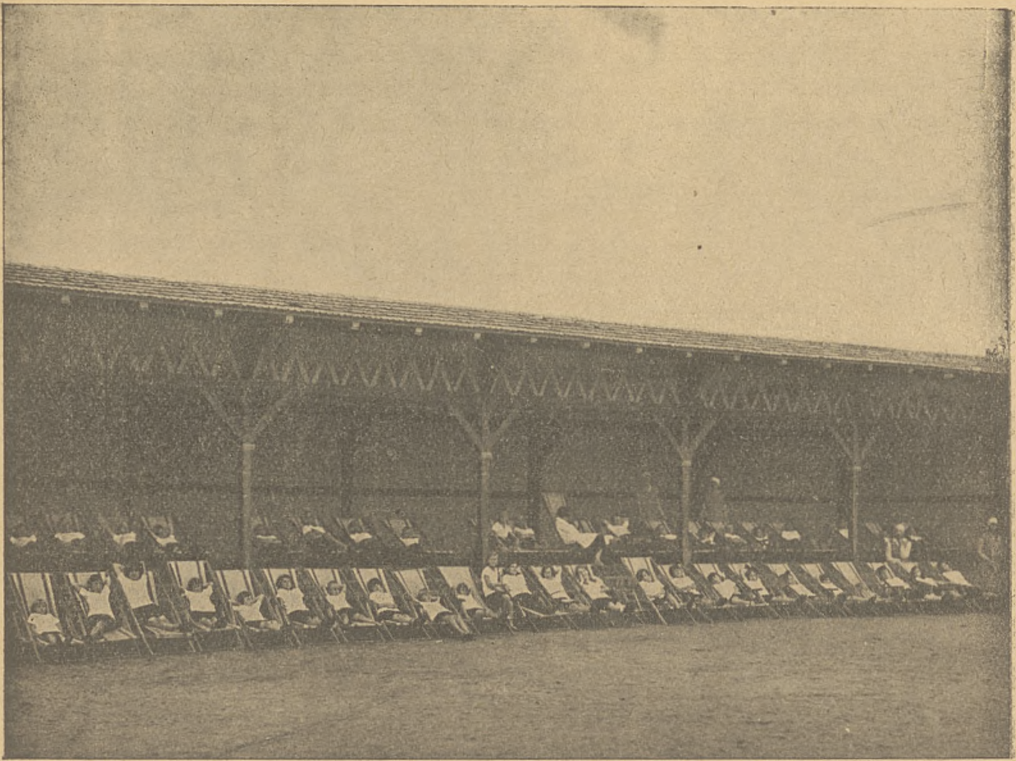
Wiadomości szerokiego ogółu o gruźlicy są coraz większe i coraz istotniejsze.

Jako lekarz pracujący w tej dziedzinie od czterdziestu blisko lat, widzę ogromną różnicę w uświadomieniu publiczności dawniej a dziś.

W znacznym stopniu można to wytłómaczyć dużemi postępami medycyny wogóle, a nauki o gruźlicy w szczególności; większe też jest zainteresowanie samych lekarzy zagadnieniem gruźlicy. Że zaś jest to choroba najbardziej rozpowszechniona, niema bodaj rodziny, którąby bezpośrednio z nią nie zetknęła się i nie miała od swych lekarzy odpowiednich wskazówek i pouczeń.

Z drugiej jednak strony coraz więcej przenikają do wiadomości mas poglądy o istocie gruźlicy i o jej zwalczaniu, a to dzięki wytężonej akcji prowadzonej w tym kierunku we wszystkich krajach cywilizowanych, w tej liczbie i w Polsce.

Propagandę taką przed laty rozwijały u nas tylko jednostki najbardziej uspołecznione, jak Chałubiński, Dobrzycki, Dunin, Alfred Sokołowski, Zakrzewski, Dłuski, Wiczkowski, Gluziński, Seweryn Sterling i inni, — potem



Ciechocinek. — Sanatorjum Św. Tadeusza. — Leżalnia.

zaś zakładane przez nich towarzystwa Przeciwgruźlicze w Warszawie, Lwowie, Krakowie, Łodzi i stopniowo w innych miastach, wreszcie łączący je wszystkie Polski Związek Przeciwgruźliczy.

Liczne kursy przeciwgruźlicze dla lekarzy i pielęgniarek, wykłady w Państwowej Szkole Higjeny dla nauczycielstwa szkół powszechnych, pogadanki dla młodzieży szkolnej, przedstawienia kinematograficzne, wreszcie publiczne odczyty dla szerokiej publiczności, uprzystępnione przez radjo, które dosięga do najdalszych zakątków kraju, — wszystko to sprzyja pogłębienu wiedzy o gruźlicy we wszystkich warstwach naszej ludności.

Jedni więcej interesują się tą sprawą i mogą znaleźć bliższe szczegóły w szeregu popularnych wydawnictw, inni ograniczają się do wysłuchania pogadanek, czy do przyjrzenia się propagandowym tablicom, szerzonym przez P. Z. P., — wszyscy jednak powinni uświadomić i przyswoić sobie najelementarniejsze pojęcie o gruźlicy, które — w bardzo ogólnikowy sposób — ująć można w następujący sposób.

Gruźlica jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą na świecie, gdyż każdy dorosły człowiek (w Europie po 30-ym roku, w Japonji po 25ym), — ma ślady przebytego zakażenia gruźliczego.

Umiera na gruźlicę bardzo dużo, bo mniej więcej siódma część ludzkości,— jednak fakt ten, że sześć siódmych ludzi zwalcza to zakażenie, świadczy najlepiej o uleczalności gruźlicy.

Ogromne rozpowszechnienie gruźlicy tłomaczy się tem, że jest to choroba zaraźliwa i zakaźna.

Udzielanie się jej od człowieka do człowieka znane było od najdawniejszych czasów, zakaźność jednak udowodniona została naukowo bezspornie zaledwo przed kilkudziesięciu laty, gdy słynny uczony francuski Villemin w 1865 r. dokonał doświadczeń z zakażeniem zwierząt materjałem pochodzącym od suchotników, znakomity zaś bakterjolog niemiecki Robert Koch wykrył w 1882 r. bakterję wywołującą gruźlicę; bakterja ta nosi miano swego wynalazcy i nazywamy ją lasecznikiem lub prątkiem Kocha.

Zarazki gruźlicze znajdują się we wszelkich wydzielinach chorych narządów, a więc w gruźlicy płuc — w plwocinie, w gruźlicy jelit — w stolcach, w gruźlicy nerek — w moczu i t. p., — największe jednak niebezpieczeństwo przedstawia plwocina człowieka chorego na suchoty.

Plwocina taka wysychając unosi się z pyłem i zostaje wdychiwana przez otoczenie, poczem zarazki usadawiają się w drogach oddechowych i zakażają je.

Poza takiem bezpośredniem zakażeniem istnieje jeszcze t. zw. kropelkowe zakażenie, powstające wskutek wydzielania przez chorego osobnika drobnych kropelek śluzu przy kaszlu, kichaniu i t. d.; w kropelkach tych, unoszących się przeciętnie na odległości metra od chorego osobnika, mogą być również zarazki.

Prócz zakażenia oddechowego może być jeszcze zakażenie pokarmowe, polega ono bądź to na połykaniu — zwłaszcza przez dzieci, jedzenia zanieczyszczonego plwociną suchotnika, bądź też na spożywaniu produktów pochodzących od zwierząt chorych na gruźlicę.

Prątki Kocha wrażliwe są na działanie promieni słonecznych. Badania wykazały, że w plwocinie cienko na szkiełku rozsmarowanej, wystawionej na bezpośrednie działanie słońca, zarazki ginęły po 6 godzinach; pozostawiony jednak w mieszkaniu taki sam preparat plwociny wykazywał po 8 miesiącach żywe prątki zdolne do zakażania. Normalnie plwocina zasychając przedstawia dla prątków Kocha bardzo dogodne warunki życia, gdyż dosyć gruba warstwa śluzu chroni je skutecznie, zarówno od nadmiernego wysychania, jak i przed szkodliwem działaniem światła słonecznego. Dlatego w plwocinie wyplutej na podłogę, szczególnie na klepisko, lub też znajdującej się w szparach między deskami, wreszcie w kątach i miejscach zacienionych, prątki i po roku mogą zachować zdolność do zakażania. Z tego powodu wszelkie nieostrożne obchodzenie się z plwociną, nieniszczenie jej natychmiast po oddaniu, powoduje groźne niebezpieczeństwo zarażania gruźlicą ludzi lub zwierząt. Na inne czynniki zarazek ten jest więcej wrażliwy. Ogrzewanie do 70 stopni Celsjusza zabija go po 20 minutach, a ogrzewanie do 95 stopni C. zabija je już w 5 minut. Dodanie do 100 części plwociny 5 części kwasu karbolowego lub 3 części formaliny zabija zarazki po 8 godzinach.



Otwock. — Sanatorjum dla dziewcząt. — Werandowanie.

Choroba ta bowiem w świecie zwierzęcym jest bardzo rozpowszechniona, zwłaszcza wśród bydła rogatego, w mniejszym stopniu wśród owiec i kóz; chorują również na gruźlicę inne zwierzęta i ptaki domowe.

Praktycznie największe niebezpieczeństwo przedstawia mleko nieprzegotowane i przetwory mleczne pochodzące od krów chorych na gruźlicę czyli perlicę.

Wreszcie możliwe jest jeszcze bezpośrednie zakażenie się od osobnika mającego gruźlicę zewnętrzną, np. skóry (t. zw. wilk lub toczeń).

Zarazki gruźlicze są naogół bardzo odporne na wpływy zewnętrzne — zwłaszcza w stanie suchym i zachować mogą swą zaraźliwość w ciągu kilku miesięcy; wytrzymałe są one również na chłód i brak światła; natomiast zarazek gruźliczy jest bardzo nieodporny na działanie słońca i wyższej temperatury, zwłaszcza wilgotnej. Promienie słońca zabijają prątki gruźlicze, zależnie od grubości warstwy plwociny, w ciągu kilku minut do kilku godzin. Para bieżąca zabija je w ciągu kilku minut, gotowanie w ciągu 5 — 10 minut.

Wobec ogromnego rozpowszechnienia zarazków gruźliczych ciągle i wszędzie jesteśmy narażeni na zakażenie się niemi.

Dzięki jednak odporności organizmu ludzkiego w ogromnej większości nie dochodzi do choroby gruźliczej.

302

Losy tedy osobnika zależą od ilości wchłanianych zarazków i od sił odpornościowych organizmu.

Zetknięcie się z zarazkami gruźliczemi zaczyna się od pierwszych chwil życia dziecka i przyszłość człowieka zależy od tego, ile zarazków wchłania on w dzieciństwie, a zwłaszcza w pierwszym roku życia.

W związku z tem powstaje zagadnienie dziedziczności.

Bezpośrednie dziedziczenie gruźlicy nie jest wyłączone, zdarza się jednak rzadko, natomiast dziedziczy się często usposobienie konstytucjonalne, z dalszym zaś rozwojem gruźlicy najważniejsze jest bezpośrednie zakażenie się; dla powstania gruźlicy bardzo ważną rolę odgrywa szereg czynników indywidualnych, jak wiek, płeć, lata, choroby współistniejące, albo też czynników społecznych, jak stopień zamożności, wpływ mieszkania, zajęcia i t. p.

Najniebezpieczniejsza jest gruźlica w pierwszym roku życia, poczem śmiertelność stopniowo spada i pomiędzy piątym a dziesiątym rokiem życia jest najmniejsza. Po dziesiątym roku znowu podnosi się zwłaszcza w związku z okresem dojrzewania. Po osiągnięciu ogólnego harmonijnego rozwoju śmiertelność z gruźlicy zmniejsza się, osiągając korzystniejsze warunki w wieku pełnego rozwoju organizmu ludzkiego — od 25 do 45 lat.

Po 50-ym roku, gdy siły ludzkie stopniowo słabną, wzmaga się znowu śmiertelność z gruźlicy i w wieku podeszłym t. zw. gruźlica starcza niemniej jest niebezpieczna dla życia niż gruźlica dziecięca.

Uleczalność gruźlicy w różnym wieku zależy od warunków osobistych chorego, ale nie mniej ważnem jest wczesne rozpoznanie i odpowiednio pokierowane leczenie.

Z punktu widzenia społecznego najważniejszem jest jednak zapobieganie gruźlicy, będące podstawą nowoczesnej medycyny.

Walka z gruźlicą zaczyna się od chwili przyjścia dziecka na świat.

Jeśli pochodzi ono od rodziców gruźliczych, lub jeżeli w otoczeniu najbliższem jest prątkujący suchotnik, należy zastosować na niemowlęciu szczepionkę Calmette'a.

Szczepienie to polega na doustnem podawaniu dziecku w ciągu pierwszych 10 dni specjalnej szczepionki, wyrabianej u nas w Państwowym Zakładzie Higjeny.

Uodpornienie zaczyna się mniej więcej po miesiącu, do tego więc czasu należy niemowlę izolować od suchotników.

GRUŹLICĘ MOŻNA ZWALCZYĆ!

Można ograniczyć liczbę zgonów przez nią powodowanych, gdyż inne narody już to osiągnęły.

W r. 1914 umierało na tę chorobę na każde 10.000 ludności w Niemczech około 14 osób, dziś tylko 7; w Anglji około 14, dziś — około 8; w Belgji około 10, dziś 7. U nas zaś umiera jeszcze powyżej 20 osób na każde 10.000 mieszkańców.



Tuszynek. — Sanatorjum letnie. — Widok ogólny.

Niezależnie od tego, pożądanem jest wogóle odosobnienie dziecka od otoczenia chorego na suchoty.

Służą do tego przytułki dla małych dzieci, ochronki, — lub też — co stosują oddawna z doskonałym wynikiem we Francji — t. zw. Oeuvre Grancher, polegające na oddawaniu dziecka z domu suchotniczego do zdrowej rodziny na wsi.

Dla dzieci w wieku przedszkolnym istnieją t. zw. prewentorja, zakłady zapobiegawcze, urządzane zwykle poza miastem i pozwalające dzieciom na spędzenie całego dnia w zdrowych warunkach z dużem uwzględnieniem ćwiczeń fizycznych i higjeny osobistej.

W okresie szkolnym dla dzieci słabszych tworzą się szkoły na otwartem powietrzu czyto w górach, czy nad morzem, czy też wprost na wsi, zależnie od miejscowości i warunków każdego kraju.

Poza specjalnemi szkołami we wszystkich innych również zwraca się wielką uwagę na rozwój fizyczny młodzieży, na sporty, zwłaszcza zimowe; w lecie zaś tworzy się kolonje letnie, półkolonje, obozy nad morzem lub w miejscowościach górskich i t. p.

Systematyczne przebadywania dziatwy szkolnej w kierunku gruźlicy odgrywają pierwszorzędną rolę.

Jako ogólny plan walki z gruźlicą przyjęty jest t. zw. system edynburski prof. Roberta Philipa, polegający na tem, że ośrodkiem walki jest poradnia gruźlicza, a stąd odpowiednie przypadki skierowuje się do szpitali, sanatorjów, lub przytułków specjalnych.

Osobnicze leczenie chorych na gruźlicę i walka społeczna z tą chorobą dały w przodujących w tej dziedzinie krajach, jak Północno-Amerykańskie Stany Zjednoczone, Danja, Szkocja, tak nadzwyczajne wyniki, że śmiertelność z gruźlicy spadła tam kilkakrotnie w ciągu ostatnich lat.

W Polsce mamy również ogromny postęp w tym kierunku, zarówno w postaci wzrastającego t. zw. arsenału przeciwgruźliczego, to jest zwiększającej się wciąż liczby zakładów leczniczych i zapobiegawczych, — jak i w zmniejszającym się odsetku zgonów na gruźlicę.

W walce tej jednak dążyć należy wciąż naprzód, pomimo panującego kryzysu, a nawet — co zdawałoby się brzmi paradoksalnie — właśnie w czasie i spowodu kryzysu, gdyż dzięki pogorszonym ogólnym warunkom bytowania, gruźlica niewątpliwie szerzyć się może więcej, a więc wymaga to również zwiększonej energji w walce, w której muszą być zespolone wysiłki państwa, rządu, samorządów, ubezpieczeń społecznych i stowarzyszeń, jednoczących się w Ogólnopolskim Związku Przeciwgruźliczym.

Dr. med. St. Wąsowicz (Warszawa).
Ordynator szpitala św. Ducha.

Początkowe objawy gruźlicy płuc.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że tak zwane początkowe objawy gruźlicy płuc nie są objawami początku zachorowania na gruźlicę. Początek ten przeważnie nie jest nam dokładnie znany, gdyż gubi się w latach wczesnego dzieciństwa lub niemowlęctwa. Tragedja gruźlicy, którą zazwyczaj obserwujemy u dorosłych, jest już tym drugim aktem rozbudzenia się zakażanie gruźliczego z lat dziecięcych. O objawach tego wybuchu choroby dotychczas ukrytej będę mówił dalej.

Początek choroby gruźliczej płuc bywa niezmiernie wielokształtny, gdyż zależy poza zakażeniem od stanu odporności. Na odporność zaś wpływa wiele czynników, jak wiek chorego, płeć, rasa, rodzaj zajęcia i warunków bytu, oraz indywidualne cechy konstytucjonalne. Nadto odporność mogą obniżać czynniki przypadkowe jak przebyte inne choroby, przemęczenie, troski a nawet warunki meteorologiczne.

Rozpatrzenie wszystkich tych czynników wykraczałoby znacznie poza ramy tego artykułu, to też pozwolę sobie zwrócić uwagę jedynie na pewne cechy początku gruźlicy płuc zależnie od wieku, a następnie przejdę już do wyłuszczenia rozlicznych objawów tej ciężkiej i zaraźliwej choroby.

Niemowlęta są niezmiernie wrażliwe na zakażenie prątkiem gruźlicy i nie posiadają wcale odporności. Zakażenie szybko ulega uogólnieniu, dając objawy prosówkowego rozsiania, przyczem najjaskrawiej wyraża się to zapaleniem opon mózgowych. Rzadziej przeważają objawy serowatego zapalenia płuc. U niemowląt choroba ta trwa zazwyczaj kilka tygodni i kończy się śmiercią.

Gdy przeminie okres niemowlęctwa, odporność na zakażenie gruźlicą wzmaga się znacznie i trwa aż do okresu pokwitania. W tym to okresie przeważnie zaczyna się choroba gruźlicza, ulega pozornemu wyleczeniu, by następnie w okresie dojrzewania lub u dorosłego ponownie się pojawić. W okresie dzieciństwa zakażenie gruźlicze daje najczęściej obraz kliniczny odoskrzelowego zapalenia płuc, które po właściwym sobie burzliwym przebiegu przeważnie kończy się pomyślnie. Gdybyśmy po każdem zapaleniu płuc u dzieci wykonali badanie rentgenologiczne, to okazałoby się, że większość z nich pozostawiła po sobie zacienienie ogniska pierwotnego. Druga postać kliniczna zakażenia gruźliczego u dzieci to gruźlica gruczołowa, — postać bardzo często, a niewłaściwie rozpoznawana li tylko na zasadzie powiększenia gruczołów chłonnych podszczękowych. W chorobie tej, poza powiększeniem gruczołów chłonnych przywnękowych (rozpoznawanych badaniem rentgenologicznem), pojawiają się objawy tak zwanych „przeziębień" jak kaszel, pokłuwanie w bokach i t. p. banalne dolegliwości. Badanie lekarskie wykazuje wtedy jednak bądź ograniczone zmiany oskrzelowe, bądź zmiany opłucnowe. Bardzo rzadko następuje też zajęcie miąższu płuc. Gruźlica tego okresu łatwo ulega pozornemu wyleczeniu.

W okresie pokwitania, który zaznacza się ponownem osłabieniem odporności, bądź u dorosłych pod wpływem czynników osłabiających odporność na gruźlicę, choroba pojawia się jako zajęcie miąższu płuc. Początek bywa bądź ostry, bądź też tak słabo zaznaczony i postępujący tak zdradziecko, że ani chory, ani też badający go lekarz nie jest w stanie określić dokładnie, kiedy ten rzekomy początek choroby miał miejsce.

Lecz nawet i ostry początek często bywa przeoczony, gdyż posiada wszelkie cechy tak popularnego, a napozór niegroźnego i szybko przemijającego cierpienia jak grypa. To też jeżeli to „przeziębienie", nazywane grypą, nie kończy się w ciągu kilku dni, jeżeli po niem pozostaje uporczywe upośledzenie stanu chorego, ciepłota nie wraca do normy, utrzymując się na poziomie podgorączkowym, i nie ginie kaszel — należy myśleć o gruźlicy i nie ograniczać się jedynie do internistycznego badania lekarskiego, lecz uzupełnić je badaniem rentgenologicznem i, co jest niezmiernie ważne, badaniem plwociny. Jeżeli przeoczymy ten okres choroby, łudząc się mylnem rozpoznaniem „grypy" i rzekomem wyleczeniem, to dalszy ciąg choroby pojawi się rychło przy następnem załamaniu się sił odpornościowych i przebiegać może zdradziecko pod maską „skłonności do przeziębień".

Inny typ ostrego początku to wysiękowe zapalenie opłucnej. Przebieg tej choroby jest dostatecznie silnie zaznaczony, by zwrócić na siebie uwagę cho-

Nie trzeba się bać chorego na gruźlicę, trzeba unikać chorego niedbałego, nieuświadomionego, nieuczciwego.

rego i lekarza. Mimo to jednak często chory, a niekiedy i lekarz, niechętnie łączy to cierpienie z zakażeniem gruźliczem, cieszy się pozornem wyleczeniem i zaniedbuje leczenie następowe. Dalszy ciąg gruźlicy nastąpi skrycie, zdradzając się tylko nieznacznemi, a lekceważonemi przez chorego objawami.

Jedynie początek od krwioplucia nie bywa lekceważony przez chorego i prawie zawsze kieruje go do lekarza i ułatwia rozpoznanie gruźlicy.

Widzimy więc, że nie dość znać tylko obraz ostrego ujawnienia się gruźlicy, która po pewnym czasie nabiera charakteru przewlekłego, ale musimy zapoznać sę z temi objawami, które cechują ten mało widoczny postęp choroby, by rozpoznać ją możliwie wcześnie. Od tego zależy powodzenie leczenia chorego i dalszej walki z tą klęską społeczną.

Wszystkie prawie objawy, o których zaraz będę mówić, spostrzega się nietylko w gruźlicy, ale i w wielu innych chorobach; to też obecność jednego, czy nawet kilku z nich nie może świadczyć o gruźlicy płuc, winna jedynie zwracać uwagę chorego, lub jego otoczenia, by ich nie zlekceważyć, lecz udać się do lekarza, który wyjaśni przyczynę zjawienia się danych objawów.

Zacznę od objawów ogólnych, wskazujących, że coś nieprawidłowego dzieje się w ustroju. Jednym z pierwszych objawów będzie podniesienie ciepłoty i przyśpieszenie tętna. Wysokość ciepłoty może ulegać znacznym wahaniom. Niekiedy będą to wysokie podskoki, częściej jednak będą to zaledwie wzniesienia do stanu podgorączkowego. Podniesienie ciepłoty może być stałe lub przelotne, tak iż niekiedy trzeba będzie zarządzić cogodzinne mierzenie ciepłoty, by uchwycić moment jej podnoszenia się. Przyśpieszenie tętna idzie zazwyczaj równolegle z wzniesieniem ciepłoty.

Nurtująca chorego gruźlica spowoduje dalej utratę łaknienia, a co za tem idzie — utratę wagi. Bywa też, że łaknienie nie ulega upośledzeniu, a waga chorego spada, co tembardziej wymaga bacznego zwrócenia uwagi na przyczynę tego zjawiska. Chudnięcie, brak łaknienia, stany podgorączkowe rychło powodują utratę sił i złe samopoczucie. A gdy zatruwanie organizmu przez toczący się proces gruźliczy jest bardziej nasilone, rychło dołączają się poty, a zwłaszcza tak charakterystyczne zlewne poty nocne.

Umiejscowienie gruźlicy w płucach daje też poza objawami ogólnemi liczne objawy czynnościowe. Jednym z najważniejszych i prawie nieodłącznym jest kaszel. Charakter kaszlu może być bardzo rozmaity, wszelki więc kaszel powinien zwrócić uwagę chorego i skierować go do lekarza. Wieleżto razy słyszy się, że chory nie zwracał uwagi na kaszel, bo sądził, że to „od papierosów", a tymczasem gruźlica zdążyła poczynić w płucach już znaczne spustoszenia. Kaszel bywa suchy, to znaczy się bez wydzielania plwociny, częściej jednak bywa wilgotny — z plwociną. Brak odpluwanej plwociny nie zawsze świadczy, że niema tej wydaliny. Często się zdarza, zwłaszcza wśród kobiet, że plwocinę połykają, nie umiejąc jej odpluć. Plwocina w gruźlicy bywa też bardzo rozmaita i nawet lekarz bez badania pod mikroskopem nie mógłby określić z wyglądu plwociny, czy jest to produkt gruźlicy płuc. A więc i pozornie niewinny śluzowy wygląd plwociny nie powinien usypiać naszej czujności. Wykazanie w plwocinie obecności prątków gruźliczych jest jedynym pewnym objawem gruźlicy płuc. Doszukiwanie się tego objawu winno być zawsze wykonane, by

uniknąć fatalnych pomyłek — zarówno przeoczenia gruźlicy, jak i rozpoznania jej tam, gdzie jej niema. Zjawienie się krwi w plwocinie w postaci krwioplucia lub krwotoku, jak już wspominałem, zawsze alarmuje chorego, gdyż widok krwi posiada swą groźną wymowę, i, w wypadku krwawienia płucnego, najczęściej jest objawem gruźlicy.

Zmiany gruźlicze w płucach powodują często bóle w postaci kłucia, ucisku, gniecenia, mrowienia, pieczenia i t. p. Gdy gruźlica daje zmiany wytwórcze lub bliznowate, często następuje zniekształcenie klatki piersiowej, upośledzenie jej rozszerzalności, — objawy te jednak rzadko bywają zauważone przez chorych lub ich otoczenie. Natomiast zjawienie się duszności lub utrudnionego oddychania bywa przykre dla chorego i niepokoi go.

Pomijam objawy dostępne tylko dla badającego lekarza, ograniczając się jedynie do tych objawów, które może zauważyć chory lub jego bliscy. Objawy te, prócz obecności prątków w plwocinie, mogą wystąpić również i w innych chorobach. Spostrzega się je w innych, niegruźliczych chorobach płuc lub dróg oddechowych, w chorobach serca i naczyń krwionośnych, w chorobach przewodu pokarmowego, w chorobach zakaźnych, a nawet w chorobach nerek, przemiany materji, gruczołów wydzielania wewnętrznego i chorobach kobiecych.

To też objawy te, alarmując chorego, powinny skierować go do lekarza, który dzięki swej wiedzy ustali, co jest powodem tych niedomagań i właściwie pokieruje leczeniem.

Doc. dr. med. J. Rutkowski (Warszawa).
Adjunkt II kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego J. P.

Gruźlica chirurgiczna.

Zarazek gruźliczy nie oszczędza żadnej tkanki ani narządu i wszędzie może się osiedlić i wywołać zniszczenie. Charakter wywołanych zmian i sposoby leczenia ich są w różnych miejscach rozmaite. Jedne — wymagają leczenia t. zw. wewnętrznego, inne najprędzej i najskuteczniej ustępują przy zastosowaniu pewnych rękoczynów niekrwawych (unieruchomienie) lub krwawych (operacji), czyli leczy się chirurgicznie. Stąd powstała nazwa dla tych ostatnich umiejscowień — gruźlicy chirurgicznej. Z postępem chirurgji zakres gruźlicy chirurgicznej, t. j. rodzaj przypadków nadających się do leczenia operacyjnego, dla przykładu przytoczę gruźlicę płuc, powiększa się. Do gruźlicy chirurgicznej zaliczamy już oddawna gruźlicę kostnostawową, gruczołową, pochewek ścięgnistych i kaletek maziowych, pozatem gruźlicę narządów moczowych, przedewszystkiem nerek, narządów płciowych, a więc jąder i najądrzy u mężczyzn, jajników u kobiet, jelit, otrzewny i gruczołów krezkowych, warg i języka. W ostatnich czasach zaczęto leczyć z powodzeniem operacyjnie niektóre postacie gruźlicy płuc. A więc i te przypadki jeszcze należy zaliczyć do t. zw. gruźlicy chirurgicznej.



Inowrocław. — Zakład leczniczy im. Marszałka Focha.

Gruźlica kostna bywa spotykana najczęściej w kościach drobnych lub płaskich, jak kości nadgarstka, stępu, żebra, kręgi. W kościach długich kończyn gruźlica osiedla się w nasadach, t. j. częściach obwodowych kości w bliskości stawów, a nie w trzonie, t. j. części środkowej. Gruźlica stawów kończyny dolnej, tak jak gruźlica kręgosłupa, na długo unieruchamia chorego w łóżku, wytrącając go z normalnego życia i robiąc ciężarem rodziny lub społeczeństwa. Najczęściej, zwłaszcza źle leczona, pociąga ona za sobą trwałe kalectwo, upośledzając znacznie, a nawet niekiedy odbierając całkowicie zdolność do pracy.

Najważniejszym środkiem leczniczym gruźlicy kostnostawowej jest odpowiednie unieruchomienie kończyny. W niektórych przypadkach wskazanym jest zabieg operacyjny, skracający okres leczenia. Gojenie się zmian gruźliczych trwa długo, średnio 3 — 5 lat, a nawet nieraz dłużej. Jeżeli choremu damy dobre warunki higjeniczne, kliniczne i odżywianie, wówczas zwiększamy znacznie szanse szybszego i trwałego wyleczenia. Warunków takich nie trzeba szukać zagranicą, można je znaleźć w kraju, nawet nie koniecznie w górach lub nad morzem, należy tylko postarać się o przystosowanie sanatorjów do leczenia gruźlicy kości i stawów.

Gruźlicą gruczołów limfatycznych, najczęściej szyjnych, dotknięte są prawie wszystkie dzieci w miastach; nie są od niej wolni również mieszkańcy wsi. Dawniej schorzenie to figurowało pod nazwą skrofułów lub zołzów, obecnie wiemy, że jest to zakażenie gruźlicą. Należy jednak ono do stosunkowo łagodnych. Gruźlica gruczołowa doskonale poddaje się leczeniu naświetlaniami promieniami Roentgena. W przypadkach pojedyńczych pakietów powiększonych gruczołów usuwamy je zapomocą operacji. Do środków stosowanych tutaj oddawna dowewnątrz należy tran w połączeniu z fosforem lub wapnem.

Gruźlicę nerek i gruczołów płucnych leczymy operacyjnie, usuwając chory narząd. W ten tylko sposób można uzyskać wyleczenie i zapobiec szerzeniu się gruźlicy na drugi parzysty narząd (drugą nerkę lub jądro). Gruźlica nerek daje znać o sobie częstem parciem na mocz. W moczu takim znajdujemy ropę i krew, niekiedy prątki gruźlicy. Tylko bardzo dokładne badanie, polegające na wziernikowaniu pęcherza (cystoskopja) i sprawdzeniu czynności nerek, może potwierdzić nasze przypuszczenia lub je obalić. W wątpliwych przypadkach zastrzykujemy mocz zebrany z chorej nerki śwince morskiej. Jeżeli mocz zawierał prątki gruźlicy, wówczas świnka morska zdycha po upływie 4-ch tygodni — wśród objawów zakażenia gruźliczego. W jelitach gruźlica sadowi się najczęściej w kiszce ślepej, tworząc twardy guz zapalny. Leczenie polega na wycięciu chorego jelita. Na wargach i języku tworzy się nieraz bolesne owrzodzenie gruźlicze, które leczymy, przypalając je kwasem mlecznym lub t. p. środkami. Wogóle gruźlica chirurgiczna, z wyjątkiem może gruźlicy gruczołów, jest schorzeniem wtórnem, powstałem za pośrednictwem krwiobiegu na drodze przerzutu z ogniska pierwotnego, którem jest zwykle gruźlica płuc, wzgl. gruczołów przyoskrzelowych. Zakażenie przewodu pokarmowego może powstać wskutek połykania plwociny, zawierającej prątki gruźlicze. W ten sposób np. dochodzi do wytworzenia się ropnia i przetoki odbytniczej, którą należy leczyć chirurgicznie, wycinając ją całkowicie. W gruźlicy otrzewny, przy objawach wzdęcia i bólów brzucha, nieraz zbierania się płynu, ma wpływ korzystny zwykłe otwarcie na krótko brzucha, wypuszczenie płynu i przedostanie się światła i powietrza.

Gruźlica płuc w niektórych przypadkach również leczy się operacyjnie. Operacyj tych mamy wiele, lecz zasadą wszystkich jest unieruchomienie chorego płuca i uciśnięcie jego, co sprzyja wygojeniu się istniejących jam i schorzałej tkanki.

Tak wygląda w ogólnych zarysach leczenie gruźlicy chirurgicznej. Nie potrzebuję przypominać, że leczenie miejscowe musi być wspomagane przez leczenie ogólne, mające na celu wzmocnienie całego chorego organizmu, danie mu długiego odpoczynku i odpowiedniego odżywiania, dużo słońca i świeżego powietrza.

Przy zmianie opatrunku nie należy gazy, ani waty zrywać; polej wodą utlenioną, a zaoszczędzisz choremu bólu, nie uszkodzisz ziarniny, ranę oczyścisz, ułatwisz gojenie.

Stosowanie Jecorolu w gruźlicy gruczołowej

daje: *1) Stałą poprawę łaknienia*
2) przyrost wagi ciała
3) znaczną poprawę objawów miejscowych gruczołowych

Jecorol stanowi cenny lek w lecznictwie dziecięcem

(Polska Gazeta Lekarska 1934 r. Nr. 29/30)

JECOROL Magistra A. Bukowskiego

stosowany od lat przeszło 35 zamiast tranu, zdobył sobie wśród pp. Lekarzy opinję środka o dużej wartości leczniczej, niezastąpionego w terapji dziecięcej.

CRESOLAN



Nr. rej. 1031
Stosuje się zamiast znacznie droższych wyrobów zagranicznych.

CRESOLAN-ERBE

Sir. Kreosot. lactic. c. Codeino phosphor.

Skuteczny środek przy gruźlicy płuc, zapaleniu i nieżycie oskrzeli, oraz wszelkiego rodzaju przewlekłych schorzeniach dróg oddechowych.

Flakon ca. 250 ccm. — **zł. 3.75**
„ „ 100 „ — **„ 1.80**

WITAMINA S. A.
Warszawa, ul. Okopowa 21/23.

Dr. med. E. Bruner (Warszawa).
Kierownik Pracowni Promienioleczniczej Szpitala św. Łazarza.

Gruźlica wilkowa skóry i walka społeczna z nią.

„Dni przeciwgruźlicze“ mają uprzytomnić społeczeństwu całą powagę zagadnienia walki z gruźlicą, która stanowi jedną z największych klęsk społecznych. Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że najczęstszem umiejscowieniem sprawy gruźliczej w ustroju ludzkim są płuca — a zatem i walka z gruźlicą — to przedewszystkiem walka z gruźlicą płuc. W tym więc kierunku zdąża działalność przeciwgruźlicza w zakresie lecznictwa i zapobiegania. Ale i pozapłucne umiejscowienia lasecznika *Kocha* mają doniosłe znaczenie społeczno-lekarskie. Wśród tych umiejscowień zarazka gruźlica skóry odgrywa rolę niepoślednią.

Niestety, społeczeństwo nie jest dostatecznie uświadomione co do istoty i strasznych następstw schorzenia gruźliczego skóry, a władze państwowe, samorządowe, ubezpieczalnie społeczne i towarzystwa przeciwgruźlicze nie ujawniają dotąd jeszcze poważniejszego zainteresowania się tą sprawą. Należy więc zwrócić uwagę ogółu na ten zaniedbany w Polsce odcinek pracy przeciwgruźliczej. Celem zrozumienia zasad walki społecznej z gruźlicą skóry trzeba zapoznać się w najogólniejszych zarysach z przebiegiem klinicznym schorzenia oraz ze stosowanemi tutaj metodami leczniczemi.

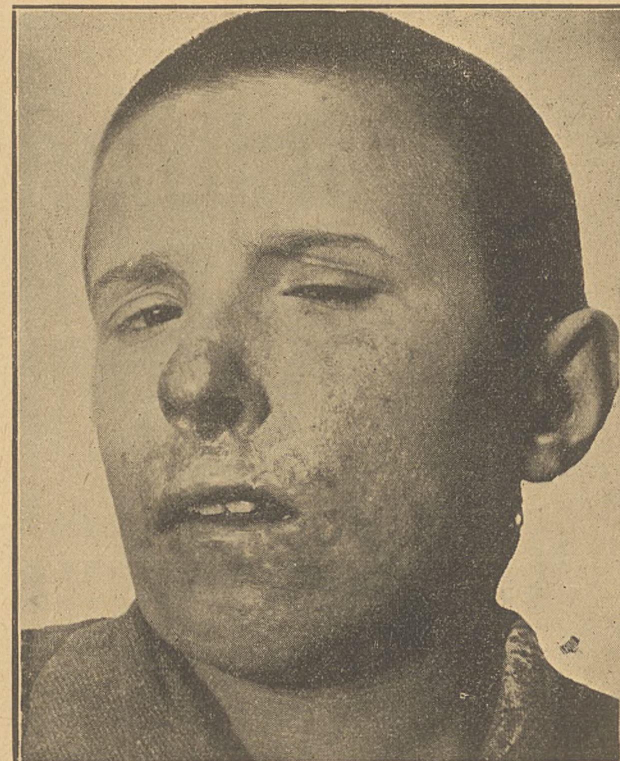
Wśród różnych postaci klinicznych gruźlicy skóry — *gruźlica wilkowa (wilk pospolity, toczeń)* zalicza się do *najczęstszych* (74,6—84,5%) i do *najważniejszych pod względem społecznym.* Pochodzenie gruźlicze wilka stwierdzono niezbicie, wykazując obecność prątka kochowskiego w tkankach chorobowych za pomocą barwienia, hodowli i szczepień na zwierzętach. W większości przypadków toczeń zależny jest od laseczników typu ludzkiego, względnie rzadko (14,8%) występuje lasecznik typu bydlęcego. Prątek gruźliczy przenika w skórę czy też w błonę śluzową z zewnątrz (zakażenie pierwotne) lub z wewnątrz ustroju (zakażenie wtórne). *Najważniejszem źródłem zakażenia jest plwocina człowieka z otwartą gruźlicą płuc, a ofiarami zakażenia są najczęściej dzieci i młodzież do lat 20.* Schorzenie dotyka przedewszystkiem chorych, należących do najbiedniejszych warstw proletarjatu miejskiego i wiejskiego, przyczem 2/3 chorych stanowią kobiety. Złe warunki mieszkaniowe i higjeniczne ułatwiają zakażenie, które może nastąpić przez *drapanie, dłubanie w nosie, przekłuwanie płatków usznych,* przez *pocałunki, ślinienie rąk i uszkodzeń skóry* i t. p. *W wielu bardzo razach (57%) błona śluzowa nosa stanowi wrota, któremi lasecznik gruźliczy dostaje się do ustroju.* Jako mały niedostrzegalny okiem guzeczek może sprawa chorobowa mieścić się przez długi okres czasu wyłącznie w uchyłku górno-przedniej części przedsionka nosa. Stąd schorzenie przechodzi na przegrodę chrzęstną i na małżowiny nosowe dolne, a dopiero później na skórę nosa. Ta droga wyjaśnia nam z łatwością częstość umiejscowienia tocznia w okolicy twarzy (75%—85,5%). W zakażeniu wtórnem wilk powstaje z ognisk gruźliczych, które mieszczą się w kościach, w gruczołach chłonnych, w stawach i t. d. Zarazek może przechodzić na skórę przez stycz-

Z pracowni promienioleczniczej szpitala św. Łazarza w Warszawie

GRUŹLICA WILKOWA SKÓRY



Przed leczeniem.



Po leczeniu.

ność, układ chłonny lub też drogą obiegu krwi. Zwłaszcza u dzieci po chorobach zakaźnych (odra) laseczniki z utajonych ognisk wewnętrznych dostają się do ogólnego krwiobiegu, a uniesione prądem krwi, sadowią się w skórze, powodując powstawanie zmian rozsianych.

W okresie początkowym schorzenia toczeń występuje pod postacią drobnej czerwono-brunatnej plamki wielkości główki szpilki lub ziarnka prosa, która leży w powierzchni skóry lub nieco ponad nią wystaje. Jest to tak zwany guzek wilkowy, który po ucisku skóry szkiełkiem przedmiotowem zaznacza się znacznie wyraźniej i prześwieca żółtawo przez nieuszkodzony naskórek. Guzek zwiększa się bardzo powoli w ciągu miesięcy i lat, naokoło niego zjawiają się nowe wykwity, gładka powierzchnia guzka pokrywa się łuseczkami.

Rozpoznanie właściwe początkowych okresów schorzenia, umiejscowionych czy to w skórze, czy to w błonie śluzowej nosa, jest niesłychanie ważne pod względem praktycznym. Doszczętne bowiem wyleczenie świeżych i nierozległych ognisk chorobowych jest dość łatwe, a blizny następowe są zaledwie dostrzegalne dla oka ludzkiego.

Schorzenie wilkowe jest zupełnie niebolesne, co w znaczynym stopniu warunkuje zbyt późne zgłaszanie się chorych do lekarza ze zmianami już daleko posuniętemi. Rozwój sprawy chorobowej polega na tem, że nacieki toczniowe zajmują coraz większe przestrzenie skóry. Z płaskich wykwitów przeistaczają się w postaci przerosłe, które później ulegają rozpadowi, tworząc owrzodzenia, pokryte wiotką ziarniną lub warstwami grubych strupów. Niekiedy zmiany toczniowe nie mają zupełnie skłonności do bujania ponad powierzchnią skóry, a pozostają na zawsze płaskie. Z biegiem czasu wszystkie odmiany kliniczne wilka pod wpływem odpowiedniego leczenia lub też samoczynnie przekształcają się w ogniska bliznowate. Znamienną cechą blizn powilkowych jest obecność w nich plamek brunatnawych czyli guzków toczniowych dawnych lub świeżych. *Złowrogiem następstwem tych różnorodnych zmian chorobowych są rozległe zniekształcenia nosa, ust, powiek, małżowin usznych, rąk i stóp.* Przegroda chrzęstna nosa ulega przedziurawieniu i zniszczeniu, nozdrza zwężeniu, skrzydełka wyżarciu — wskutek czego zarysy nosa zmieniają się, nadając twarzy zupełnie inny wyraz. Otwór ust zostaje niekiedy bardzo zwężony, a wargi oraz powieki — wywinięte. Zmiany w okolicy oczodołu mogą pociągnąć za sobą poważne uszkodzenia oka. Znacznym zniekształceniom podlegają też i małżowiny uszne aż do całkowitego prawie ich zaniku. Na rękach i stopach zniszczenie ogarnia poszczególne paliczki, a nawet i większe obszary.

Nieszczęśliwi chorzy wilkowi stają się podobni jakby do „trędowatych", od których otoczenie odwraca się z odrazą i strachem. Niejednokrotnie moralne cierpienia chorych są przykrzejsze, niż ich dolegliwości fizyczne. *Zeszpe-*

Trzeba nauczyć człowieka od dziecka, jak ma oddychać, mówić, kaszlać, kichać.

Trzeba przyzwyczaić człowieka od dziecka do świeżego powietrza, słońca, ruchu, wody, czystości.

Z pracowni promienioleczniczej szpitala św. Łazarza w Warszawie.

GRUŹLICA WILKOWA SKÓRY



Przed leczeniem.



Po leczeniu.



Przed leczeniem.



Po leczeniu.

cenia i kalectwa uniemożliwiają toczniowym znalezienie i wykonywanie pracy zawodowej.

Do najgroźniejszych jednak powikłań schorzenia gruźliczego skóry należy bezwątpienia *rozwój nowotworów złośliwych* w tkance wilkowej lub w bliźnie

powilkowej. To niepożądane zjawisko zdarza się w *1,5 do 4%* przypadków tocznia, trwających bardzo długo. Nowotwory odznaczają się bardzo złośliwym przebiegiem i mogą być przyczyną zejścia śmiertelnego. Możliwie wczesne rozpoznanie ich i skierowanie do odpowiedniego leczenia (Roentgen, rad) jest w stanie uchronić chorego przed nieubłaganą katastrofą.

Ogólnie rzec można, że toczeń jest chorobą skóry bardzo uporczywą i długotrwałą z wybitną skłonnością do nawrotów. Współistnienie zmian wilkowych w śluzówkach (błona śluzowa nosa, dziąseł, podniebienia, gardzieli i krtani, spojówka oka), które w moich spostrzeżeniach wyniosło 65%, wpływa bardzo ujemnie na przebieg schorzenia. Na uwagę zasługują przedewszystkiem zmiany w śluzówce nosa, będące nietylko punktem wyjścia tocznia, ale i źródłem późniejszych jego nawrotów. Pozatem nie należy zapominać nigdy o tem, że chory toczniowy to jest osobnik gruźliczy, który poza sprawą swoistą skóry może mieć ogniska gruźlicze w układzie kostno-stawowym, w gruczołach chłonnych, w nerkach lub w płucach.

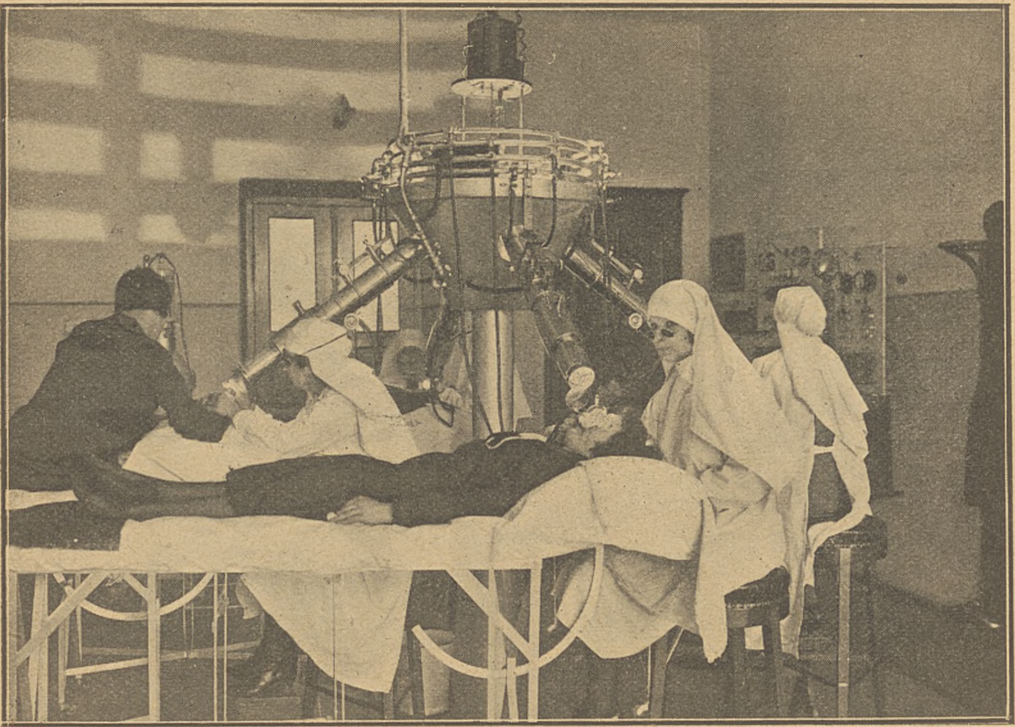
W 60% przypadków tocznia stwierdza się (klinicznie i radjologicznie) *zmiany swoiste w płucach.* Są to najczęściej zmiany bliznowato-wytwórcze, tylko w 5,83% przypadków występują zmiany rozpadowe z lasecznikami w plwocinie.

Ta ścisła łączność wilka skóry z gruźlicą całego ustroju sprawia, że — niezależnie od zabiegów miejscowych — trzeba bardzo starannie leczyć toczniowych i ogólnie.

Leczenie ogólne musi polegać na zwiększeniu sprawności ustroju, na uczynieniu go mniej wrażliwym na czynniki szkodliwe, na spotęgowaniu jego sił obronnych i odpornościowych. Do tego celu służą wszystkie środki wzmacniające (żelazo, arsen, fosfór, wapń, tran, chinina i t. p.), dieta tucząca, bogata w tłuszcze lub dieta bezsolna, leczenie klimatyczne, kąpiele słoneczne, leczenie ogólne światłem ze źródeł sztucznych (lampy kwarcowe i lampy węglowołukowe). Leczenie przyczynowe biologiczne uskutecznia się zapomocą zastrzykiwań podskórnych tuberkuliny, które kojarzy się niekiedy z wlewaniami dożylnemi salwarsanu. W ostatnich latach rozpoczęto na szerszą skalę stosowanie dożylne i domięśniowe przetworów złota bez widomych wyników.

Wyżej wymienione sposoby postępowania mają jedynie znaczenie środków wspomagających. W rękach lekarza doświadczonego mogą oddać nieoceniane usługi.

Do metod *leczenia miejscowego* należą zabiegi chirurgiczne, jak to wycięcie z następowem przeszczepianiem płatków skórnych, wyłyżeczkowanie (dzisiaj już prawie zupełnie zarzucone) oraz nacinanie. Bardzo ważne znaczenie praktyczne posiada *stosowanie miejscowe t. zw. maści żrących z kwasem pyrogalusowym lub antymonowym.* W ten sposób przygotowuje się ogniska chorobowe (zwłaszcza owrzodziałe i przerostowe) do późniejszych zabiegów fizykalnych. Z środków fizykalnych największe uznanie w całym świecie zdobyło sobie *stosowanie miejscowe promieni świetlnych lampy łukowej,ześrodkowanych na małym odcinku skóry.* Wprowadzenie światła do lecznictwa gruźlicy skóry (1896 r.) zawdzięczamy *wielkiemu uczonemu duńskiemu Nielsowi Finsenowi.* Metoda *Finsena* spowodowała zasadniczą zmianę w postępowaniu lecz-



Jeden z aparatów Finsena w pracowni promienioleczniczej szpitala św. Łazarza w Warszawie.

niczem i w rokowaniu, które dawniej było bardzo niepomyślne. Chorzy nabrali zaufania do leczenia, widząc *piękne wyniki kosmetyczne finzenoterapji.*

Załączona rycina przedstawia jeden z aparatów *Finsena*, znajdujących się w pracowni promienioleczniczej w szpitalu św. Łazarza w Warszawie. Źródłem światła jest lampa łukowo-węglowa, zasilana przez prąd stały o natężenu 50 amperów. Do jednoczesnego leczenia 4 chorych służą 4 rury metalowe, zawierające szereg soczewek kwarcowych. Dwie pierwsze soczewki nadają promieniom rozbieżny kierunek równoległy do osi rury, dwie zaś następne skupiają promienie w jednem ognisku w odległości około 10 cm. od ostatniej soczewki. Przestrzeń 30 cm. pomiędzy dwiema dolnemi soczewkami jest wypełniona wodą przekroploną, która pochłania znaczną ilość promieni cieplnych. Pomimo tej chłonącej warstwy wody ciepłota w ognisku jest tak wysoka (110—130° C), że naświetlanie staje się możliwem dopiero przy użyciu osobnych uciskadeł kwarcowych, chłodzonych strumieniem wody bieżącej. Poza ochładzaniem powierzchni naświetlanej soczewki uciskowe usuwają jeszcze z tkanek krew. Ta okoliczność ma ważne znaczenie, albowiem barwik krwi pochłania znaczną ilość promieni krótkofalistych, utrudniając w ten sposób przenikanie ich w głąb skóry. Każdy zabieg trwa od 1—2 godzin, średnica przestrzeni naświetlanej wynosi 1,5—2 cm. Po 24 godzinach wytwarza się pęcherz — a potem powstaje owrzodzenie po-

wierzchowne, które goi się w ciągu 15—20 dni. *Wpływ dobroczynny finzenoterapji można objaśnić jedynie zadziałaniem wybiórczem promieni na tkankę wilkową. Światło niszczy komórki chorobowe, oszczędza zaś tkankę łączną oraz włókna sprężyste.* Niszczenie ognisk chorobowych odbywa się warstwami i z tego względu każde miejsce musi być naświetlane wielokrotnie. W wyniku ogólnym *zabiegu niebolesnego otrzymuje się blizny gładkie, delikatne, nieznacznie się różniące od otoczenia.* Metoda jest jednakże kosztowna i długotrwała. Dlatego też naświetla się zasadniczo tylko niezbyt rozległe ogniska postaci płaskich tocznia, umiejscowionych na twarzy i szyi, wyjątkowo zaś na kończynach. Inne postaci gruźlicy wilkowej (postaci wrzodziejące i przerosłe) powinny być uprzednio przygotowane do finzenoterapji. Do tego celu nadaje się w szczególności stosowanie maści żrących z następczą rentgenoterapją. Pod wpływem promieni Roentgena te postaci tocznia spłaszczają się znakomicie i zabliźniają się szybko. Pozatem promienie X niezmiernie dodatnio oddziaływują na współistniejące zmiany kostno-stawowe i gruczołowe.

Pewne znaczenie w lecznictwie tocznia mają promienie radu oraz diatermokoagulacja, która niszczy doskonale zmiany chorobowe w śluzówkach, a zwłaszcza nosa.

Doświadczenie wykazało, że nigdy nie należy się ograniczać do stosowania jednej metody leczniczej, *a w każdym przypadku trzeba kojarzyć ze sobą różne metody ogólne i miejscowe.*

Załączony szereg rycin przedstawia przypadki tocznia, leczone w pracowni promienioleczniczej szpitala św. Łazarza w Warszawie, według wyżej wymienionych sposobów, wśród których naczelne stanowisko zajmowała zwykle finzenoterapja.

Zastosowanie odpowiednich środków przeciwwilkowych możliwe jest jedynie w zakładach, rozporządzających wszystkiemi nowoczesnemi urządzeniami

Głównem i najczęstszem źródłem zarazków jest człowiek chory na gruźlicę płuc. Plwocina jego, padając na podłogę, meble, osiadając w drobniutkich, często okiem niedostrzegalnych cząsteczkach na ubraniu i bieliźnie, wysycha, a przy trzepaniu ubrania lub mebli, odkurzaniu i zamiataniu na sucho, zamienia się na drobny pył, który później ludzie wdychają, wprowadzając w ten sposób stale do swych płuc mnóstwo zarazków gruźlicy, by wcześniej, czy później ulec ich niszczycielskiej sile. Dlatego nie należy lekceważyć ostrzeżeń: „Pluć tylko do spluwaczki", gdyż ma to ogromne znaczenie w walce z gruźlicą. Wszędzie tam, gdzie znajduje się chory na gruźlicę, wszelkie sprzątania przeprowadzać należy w ten sposób, ażeby niewidoczne cząsteczki plwociny nie zostały rozproszone w powietrzu, t. zn.: zamiatanie i odkurzanie należy dokonywać na wilgotno, a trzepanie rzeczy na otwartem powietrzu, w możliwie mało uczęszczanem miejscu. Rzeczy, które były w ciągłej styczności z chorym, np. ubrania jego, najlepiej poddać odkażeniu w zakładzie dezynfekcyjnym, lub chociażby dokładnemu zwilżeniu zapomocą szczotki 5 procentową wodą karbolową, a następnie wywietrzyć na słońcu przez kilkanaście godzin.

w zakresie leczenia gruźlicy skóry. *Urządzenia takie są kosztowne, leczenie też jest kosztowne, a czas jego trwania rozciąga się na całe lata. Chorzy zaś wilkowi należą do najbiedniejszych warstw ludności.* Tutaj wkraczamy zatem *w dziedzinę walki społecznej z gruźlicą skóry* — walki, która tylko wtedy zakończy się zwycięstwem, o ile sprawa znajdzie posłuch wśród społeczeństwa.

Ruch w kierunku walki z wilkiem rozpoczął się w Europie już dawno. Początek dała mała Danja. Stało się to dzięki energji *Nielsa Finsena,* który potrafił zorganizować planową walkę z toczniem i uzyskać poparcie finansowe *władz państwowych, samorządowych oraz ofiarnych jednostek społecznych.* Ośrodkiem walki stał się założony przez *Finsena* w 1896 r. *Instytut Światłoleczniczy w Kopenhadze,* który do dnia dzisiejszego jest wzorem zakładu leczniczego dla chorych z gruźlicą skóry. Leczenie odbywa się w nim przeważnie ambulatoryjnie, chorzy są umieszczeni w małych domkach — schroniskach, otaczających Instytut, przyczem muszą spełniać sami wszelkie prace domowe i ogrodowe, co znacznie obniża koszty utrzymania. Dla dzieci istnieje osobno zorganizowana szkoła. Nie zapomniano też o nauce rozmaitych rękodzieł celem ułatwienia chorym wyleczonym odpowiedniego zajęcia. Baczną uwagę zwrócono na długoletnią kontrolę wyników leczniczych. Stały zasiłek państwowy, uchwalony przez parlament oraz prawo, zmuszające gminy do udzielania wsparć niezamożnym chorym toczniowym, ułatwia w znacznej mierze całą organizację walki z wilkiem. Za przykładem Danji poszły jeszcze w okresie przedwojennym inne państwa (np. Austrja Szwajcarja, Niemcy), w których ze względu na znaczną liczbę toczniowych, uznawano konieczność prowadzenia planowej walki z tem schorzeniem.

Doniosłość tej walki zrozumiano zwłaszcza w Niemczech, gdzie w 1908 roku utworzono przy niemieckim centralnym komitecie do zwalczania gruźlicy specjalną komisję do spraw walki z wilkiem. Wybuch wojny zahamował zupełnie działalność przeciwwilkową w Niemczech. Odżyła ona dopiero w latach ostatnich. W ramach frontu pracy rozpoczęto planowe poszukiwanie wszystkich przypadków tocznia w całem państwie w miejscu ich zamieszkania oraz wprowadzono rejestrację kartotekową chorych. Według dotychczasowych obliczeń należy przypuszczać, że *Rzesza posiada 60,000 chorych toczniowych.* Poza klinikami dermatologicznemi oraz oddziałami dermatologicznemi szpitalnemi istnieją jeszcze w Niemczech osobne szpitale, przeznaczone wyłącznie dla chorych toczniowych (Giessen, Müncheberg pod Berlinem, Haus Hornheide pod Monasterem, Wrocław).

Na międzynarodowym zjeździe dermatologicznym, który odbył się we wrześniu tego roku w Budapeszcie, rozpatrywano kwestję walki z wilkiem na osobnem posiedzeniu. Utworzył się międzynarodowy komitet do walki z wilkiem, który ma działać w porozumieniu z sekcją higjeny przy Lidze Narodów.

W Polsce sprawa organizacji walki społecznej z toczniem znajduje się jeszcze w okresie projektów i planów na przyszłość. Nie ulega wątpliwości, że liczba chorych ze schorzeniami gruźliczemi w Polsce jest bardzo znaczna i napewno przekracza *20.000 — 25.000.* Ze statystyki szpitala św. Łazarza w Warszawie wynika, że na ogólną liczbę chorych skórnych (wyłączając świerzb i wszawicę), którzy przebywali w szpitalu w ciągu dziesięciolecia 1901—1910

było 9,06% chorych dotkniętych gruźlicą skóry. Podczas wojny i po wojnie odsetek ten stale wzrastał. Za okres 5-letni 1916—1920 wyniósł *19,2%*, za następne 5 lat 1921—1925 — *26,7%*, a za okres 1926—1930 — *30,8%*. Te liczby mają niedwuznaczną wymowę.

Szpital św. Łazarza stał się ważnym ośrodkiem leczniczym dla chorych toczniowych dzięki posiadaniu wszystkich niezbędnych urządzeń fizykalnych. Od roku 1925 zostało rozpoczęte *leczenie ambulatoryjne tocznia w pracowni promienioleczniczej szpitala*, przyczem w okresie 1925—1935 leczono w ten sposób *682* chorych (361 kobiet, 220 mężczyzn, 101 dzieci do lat 14).

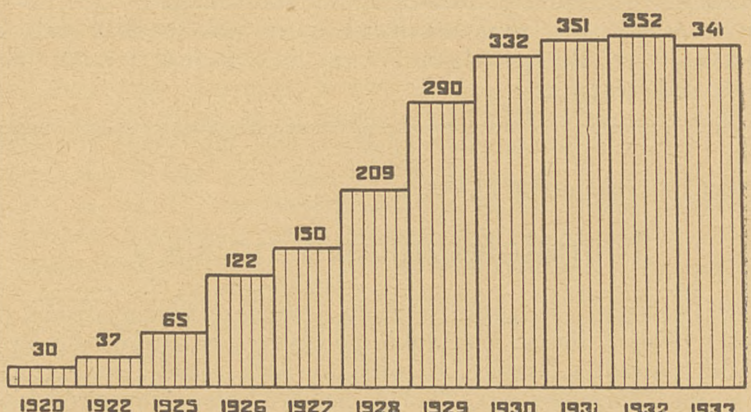
Drugi ważny ośrodek leczniczy dla toczniowych, rozporządzający również aparatem Finsena, znajduje się w lwowskiej klinice dermatologicznej U. J. K. W ciągu 10 lat leczono tam 848 przypadków tocznia pospolitego (423 mężczyzn, 425 kobiet).

Nieodzownym warunkiem powodzenia działalności społeczno - lekarskiej w dziedzinie zwalczania wilka w Polsce jest skojarzenie wysiłków władz państwowych, samorządowych, ubezpieczalni społecznych i organizacyj przeciwgruźliczych.

Oto zadania i cele tej działalności.

Należy dążyć do wyszukiwania wszystkich przypadków tocznia w całym kraju i do ujęcia ich kartotekowego według jednolitego wzoru. Zwłaszcza ważne jest wyszukiwanie przypadków początkowych wśród dzieci i młodzieży szkolnej.

Czynna propaganda przeciwwilkowa, poparta przez władze państwowe i organizacje społeczne powinna objąć lekarzy (lekarze powiatowi, szkolni,



Walkę z gruźlicą prowadzą poradnie przeciwgruźlicze. Wykres uwidacznia ich rozwój. W 1920 — 30 poradni, a w r. 1934 już 350 poradni prowadzi walkę z gruźlicą. Ale ich sieć jest niedostatecznie rozbudowana, najczęściej jedna poradnia obsługuje cały powiat, a w 50-u powiatach wogóle niema poradni przeciwgruźliczych.

przychodni przeciwgruźliczych i t. d.), duchowieństwo, nauczycielstwo, pracowników i pracownice opieki społecznej, pielęgniarki, urzędników administracyjnych i t. d.

Broszury popularne i ulotki o wilku muszą uświadomić szerokie warstwy społeczne o istocie tocznia, podkreślając *wyleczalność schorzenia*, zwłaszcza *w jego początkowych okresach.*

Jednem z najważniejszych zadań walki społecznej z toczniem musi być troska o zapewnienie chorym wzorowego lecznictwa. W obecnych warunkach trudno jest urzeczywistniać budowę oddzielnych szpitali dla toczniowych. Należy rozbudować jedynie istniejące ośrodki lecznicze i zaopatrzyć je w odpowiednie przyrządy. Zawsze, a tembardziej dzisiaj znaczna większość toczniowych podlega leczeniu ambulatoryjnemu, które powinno się odbywać *wyłącznie w zakładach do tego przeznaczonych.* Taką *przychodnię przeciwwilkową* powinien prowadzić dermatolog, wyszkolony w lecznictwie tocznia, przy ścisłym współudziale laryngologa, internisty-ftizjologa, chirurga i okulisty oraz odpowiednich sił pomocniczych. Dla chorych toczniowych, przybywających z prowincji do miejskich ośrodków leczniczych, należy stworzyć osobne schroniska. Dzisiaj ta sprawa np. w Warszawie przedstawia się wprost tragicznie, gdyż niejednokrotnie nieszczęśliwi chorzy nie mogą znaleźć dachu nad głową! Otoczenie boi się, nie wiedząc o tem, że zaraźliwość zmian toczniowych nieowrzodziałych jest prawie żadna.

Ważnem zadaniem będzie też wynalezienie środków pieniężnych na przejazdy i na leczenie dla tych niezamożnych chorych, którzy nie są ubezpieczeni lub nie korzystają z pomocy lekarskiej różnych instytucyj.

Wynalezienie pracy dla chorych wyleczonych i prawie wyleczonych stanowi też zagadnienie, trudne do rozwiązania praktycznego.

Wreszcie *przychodnie przeciwwilkowe* muszą uskuteczniać stałą kontrolę zdrowia toczniowych, aby we właściwym czasie rozpoznać nawroty lub rozpoczynające się zrakowacenie.

Doc. dr. med. A. Sabatowski (Lwów).

Klimatolecznictwo gruźlicy.

Jeśli przypatrzymy się rozmieszczeniu *uzdrowisk klimatycznych* przeciwgruźliczych w Polsce, biorąc oczywiście pod uwagę te, które jako swój naturalny ośrodek posiadają lecznice, to widzimy różne charakterystyczne osobliwości. Pomorze, Wileńszczyzna, Wołyń, województwo Nowogródzkie i Tarnopolskie nie mają wogóle uzdrowisk klimatycznych z lecznicami (Druskieniki z ich lecznictwem dziecięcem zaliczyć trzeba do leczenia zdrojowo-klimatycznego). Bardzo niewielkie są lecznice województw: białostockiego, poleskiego, lubelskiego i łódzkiego. Mało co lepiej jest w województwie lwowskiem, gdzie jedynie Hołosko ma 100 łóżek stałych i 50 letnich. Znacznie lepiej wyposażona jest Polska środkowa i zachodnia. Województwo warszawskie ma w 4 uzdrowiskach około 1000 łóżek sanatoryjnych, poznańskie w 5 uzdrowi-

skach około 500 łóżek. Województwo kieleckie posiada w Busku około 600 łóżek dla leczenia zdrojowo-klimatycznego gruźlicy pozapłucnej, a pozatem 75 łóżek w Siewierzu dla takiejże gruźlicy; lecznic dla płucno-chorych nie posiada wcale. Województwo śląskie ma około 600 łóżek w Bystrej, Wodzisławiu i Istebnej, na obszarach podgórskich i w górach.

Imponująco przedstawia się wobec tego stan posiadania województwa krakowskiego w terenie górskim. Około 1600 łóżek sanatoryjnych w trzech miejscowościach (Zakopane, Wilkowice, Bystra), z tego w samem *Zakopanem* 1430 łóżek, w 14 lecznicach i prewentorjach. Jest to cyfra dorywnywująca najpoważniejszym ośrodkom leczniczym w Europie i dlatego godnym najgorętszego poparcia jest wspaniały projekt *Skibińskiego*, aby ten olbrzymi materjał leczniczy objąć wspólną organizacją naukową, wzorowaną częściowo na słynnym instytucie przeciwgruźliczym Mussoliniego w Rzymie.

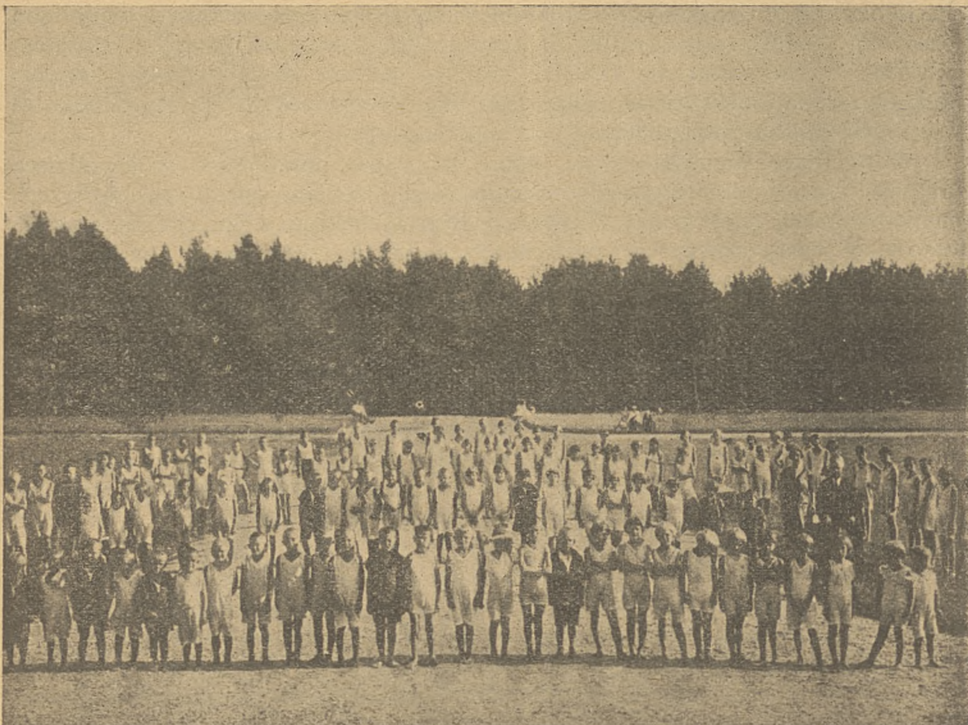
Konieczne w przyszłości przeniesienie większości lecznic do nowej dzielnicy sanatoryjnej będzie się już odbywać pod znakiem doskonalszego wykonania tego planu, który jaknajrychlej powinien zacząć wchodzić w życie jako fundamentalny warunek rozkwitu naszej ftizjologji. Podobny ośrodek naukowo-leczniczy powinien się utworzyć w nizinnym *Otwocku*, tak bliskim stolicy z jej naukowemi warsztatami.

Środkowy odcinek Karpat, przynależny do wojew. lwowskiego, dość niski i w okolicy przełęczy dukielskiej narażony na wiatry, niema zorganizowanych ośrodków lecznictwa *klimatycznego*. Natomiast wschodni odcinek (wojew. stanisławowskiego) rokuje piękne nadzieje dzięki niezwykle korzystnym warunkom klimatycznym. Jedynie w tych górach będziemy mogli wyzyskać dla celów leczniczych wzniesienia alpejskie, równe *Leysin i Davos* pod względem klimatycznym, zupełnie z nimi równowartościowe, a może i lepsze! Na razie zorganizowane wyzyskanie wschodnich obszarów jest skromne, bo obejmuje tylko 540 łóżek w 9 lecznicach i prewentorjach, pomieszczonych w 6 miejscowościach. Największy ośrodek *Worochta*, ma 220 łóżek sanatoryjnych, *Tatarów* 160 (prewentorja), jedna lecznica o 45 łóżkach jest zamknięta (Mizuń), a mogłaby być znakomitą jako szkoła sanatoryjna dla dzieci.

Biorąc pod uwagę te uzdrowiska klimatyczne, gdzie większa ilość chorych mieści się także *poza zamkniętemi lecznicami*, trzeba wymienić na pierwszem miejscu *Zakopane*, potem *Otwock* i *Worochtę*. Wszystkie okoliczne gminy Zakopanego, Worochty i Otwocka odwiedzane są licznie przez lekko chorych. Ciekawsze jest, że są okolice, zupełnie pozbawione lecznic i prewentorjów, gdzie jednak oddawna gromadzą się płucno chorzy, jak np. w górskich obszarach nad górnym odcinkiem rzeki Dniestru i Stryja, gdzie przed pół wie-

Trudno jest ustrzec się od zetknięcia się z zarazkiem, można nie dopuścić do rozwoju zarazka w organiźmie.

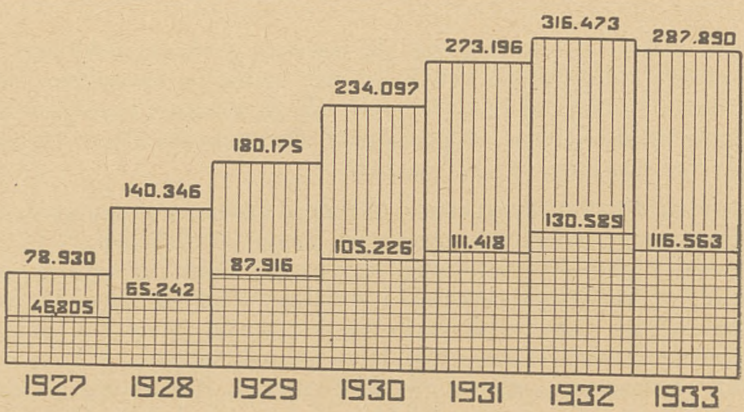
Słońce, wolna przestrzeń, zdrowe powietrze — to najlepsi sprzymierzeńcy w walce z gruźlicą.



Tuszynek. — Sanatorjum letnie. — Grupa dzieci.

kiem kwitło zarzucone dziś leczenie żętycą (serwatka owcza). Takich obszarów jest napewno w Polsce więcej i należy zwrócić na nie uwagę, gdyż popularność ich świadczy o wielkich zaletach klimatycznych. Stąd apel do lekarzy prowincjonalnych, aby miejscowości takie rejestrowali, celem poddania ich badaniom klimatycznym przez fachowców. Narazie, wobec depresji gospodarczej, nie odczuwamy braku uzdrowisk klimatycznych, jednak z czasem trzeba będzie ich ilość zwiększyć, przestrzegając równocześnie zasady *skupienia* lecznic dla *cięższej chorych,* celem najlepszej specjalistycznej opieki i naukowego wyzyskiwania materjału (laryngologja, chirurgja, rentgenologja, laboratorja), a możliwie *równomiernego* wyposażenia obszaru Państwa w stacje klimatyczno-lecznicze dla *lekko* chorych, celem zapobieżenia inwazji tak licznych mas tych chorych do zwykłych letnisk. Podkreślić należy, że deontologja lekarska we Francji zalicza wysyłanie chorych z czynną gruźlicą płuc do letnisk jako ciężką przewinę. To ujęcie sprawy jest godne naśladowania i, jak sądzę, rokuje lepsze skutki, niż przepisy meldunkowo-rejestracyjne o zmianie miejsca pobytu chorych gruźliczych. Wszelkie zarządzenia o cechach policyjnych będą bowiem unicestwiane przez usuwanie się chorych od opieki lekarskiej, podawanie fałszywych nazwisk, adresów i t. p.

Stacje klimatyczne dla lekko chorych w przyszłości należy organizować jako skupiska prywatnych pensjonatów i zakładów opieki społecznej. Rozmiary poszczególnych przedsiębiorstw, stopa komfortu i t. p. mogą i powinny być różne, stosownie do potrzeb i kieszeni kuracjuszy. Sposób rozrastania się takiej stacji byłby w czasie dowolny, w terenie kierowany tylko planem rozbudowy. Obok domów dostosowanych do użytkowania całorocznego powinny być chatki letnie (wzór u nas doskonale zastosowany w Ludwikowie), aleje spacerowe, parki i t. d. Oczywiście, plany budowli musiałyby być wedle ich celowości, jako zakładu leczniczego. Dworek lekarza z należycie urządzoną przychodnią (Roentgen) stanowić musi ośrodek osiedla. W początkach rozwoju osiedla mógłby lekarz dojeżdżać gdzieś zpobliża, ale przychodnię na miejscu musiałby mieć. Ten typ stacji, daleki zarówno od ciężkich finansowo i technicznie kolonij sanatorjów, jak i dzikiej bezplanowości dzisiejszych stacyj klimatycznych, typ elastyczny w realizowaniu, liczący się z indywidualizmem upodobań i zamożności, wstrętem ludzi lekko chorych do szpitalnych form i ogromną fluktuacją frekwencji w ciągu roku — wydaje mi się najbliższym doskonałości. Tego rodzaju stacja klimato-lecznicza mogłaby mieć oparcie o pobliskie sanatorjum. Przekształcenie dobrze klimatycznie sytuowanej, zacisznej dzielnicy willowej w jakiemś już istniejącem letnisku na taką stację leczniczą jest też do pomyślenia pod odpowiedniemi rygorami. Nie trzeba zapominać, że przeznaczenie i tytuł własności olbrzymiej większości naszych lecznic przeciwgruźliczych klimatycznych zupełnie się w ostatnich 10 latach zmieniły. Kiedy dawniej członkowie ubezpieczalni społecznych lokowani byli w lecznicach prywatnych, to dziś dzieje się odwrotnie. Lecznice dla prywat-



Liczba osób będących pod opieką poradni w latach 1927 — 1933. W roku 1934 — ogółem pod opieką poradni 302.982 osoby, w tem 123.408 chorych na gruźlicę. Przy likwidacji w roku 1933 kilku poradni — około 30-u tys. pacjentów pozostało bez opieki lekarskiej.



Gdynia: Po zdrowie — na słońce i powietrze nad polskie morze!

nych prawie znikły. Z odradzaniem się warstwy wolnozarobkującej stan ten będzie nieznośny i regeneracja takch lecznic stanie na porządku dziennym. Trzeba to wprzód obmyśleć i nie dopuścić, aby byle jakie i byle gdzie położone budowle były przekształcane w pensjonaty dla chorych albo wręcz lecznice. Takie błędy nie powinny się już zdarzać.

Leczenie *zdrojowe* przy gruźlicy obejmuje ogromną grupę gruźlicy pozapłucnej i małą grupę schorzeń nieżytowych krtani i oskrzeli przy przewlekłej, łagodnej gruźlicy płuc. W pierwszym przypadku chodzi o kąpiele, częściowo i o picie wód, w drugim o wziewalnie i wyjątkowo też zdroje pitne. Rozmieszczenie odpowiednich zdrojowisk w Polsce jest wcale szczęśliwe. Solanki Ciechocinka, Inowrocławia i Druskienik dają możność leczenia w klimacie nizinnym, solanki Jastrzębia i jodowe solanki Iwonicza, Rymanowa i Rabki łączą leczenie zdrojowe z klimatem podgórskim, a nawet górskim (Rabka); słone siarczanki Buska, Solca, Horyńca i Wieńca nad Wisłą stanowią grupę osobną. Wreszcie należy wspomnieć o bałtyckiej wodzie morskiej.

O ile w leczeniu gruźlicy płucnej główną uwagę zwraca się na dorosłych, to w pozapłucnej na dzieci. W tym też zakresie rozmiarami zakładów zdrojowo-leczniczych przoduje *Busko* z dziełem Dr. Starkiewicza, lecznicą o 200 łóż-



Z kolonij letnich w Gdyni.

kach stałych, a 300 letnich. Możemy być dumni z posiadania takiego zakładu, który niezawodnie też stanie się placówką naukową. Rozmiarami przewyższa ta lecznica Zakład Uniwersytetu Jagiellońskiego w Zakopanem dla dzieci (120 łóżek).

Drugą osobliwością naszą są szkolne lecznice całoroczne w *Rabce* dla młodzieży męskiej i żeńskiej. Frekwencja sezonowa jest w Rabce też bardzo znaczna. Letnie lecznice w *Ciechocinku* i prywatni chorzy, tak dzieci, jak i dorośli, mają od kilku lat nietylko do dyspozycji wanny, ale i otwarte baseny solankowe i piaskownice, zastępujące nam znakomicie plaże śródziemnomorskie. Znaczny jest też letni ruch chorych w *Druskienikach* z ich plażą nadniemeńską, lecznictwem powietrzno-ćwiczebnem i solankami. *Inowrocław* ma również sezonową lecznicę dla dzieci. *Jodowe* solanki nasze nie mogą się jeszcze poszczycić *wielkiemi publicznemi lecznicami* całorocznemi, a są przecież najsilniejszemi w Europie. *Iwonicz* ma sanatorjum o 200 łóżkach, ale tylko dla dorosłych i małą lecznicę prywatną dla gruźlicy kostno-stawowej; *Rymanów* ma tylko kolonje letnie; *Rabka* małe lecznice prywatne (w tem i szkoły dla lekko chorych dzieci). Brak zupełny jest lecznicy solankowej w Karpatach Wschodnich, tak znako-



Z kolonij letnich w Gdyni.

mitych z klimatu. *Delatyn* i *Kosów* są szczególnie predestynowane w tym kierunku, mając silne i obfite źródła, dotychczas prawie zupełnie nie wyzyskiwane.

Balneoterapja chorób górnych dróg oddechowych, wikłających gruźlicę, ma swą siedzibę w *Szczawnicy* z jej szczawami alkaliczno-słonemi, wziewalniami i łagodnym górskim klimatem. I tu jest konieczna potrzeba osobnych, celowych zakładów, zaopatrzonych we własne wziewalnie. Od czasu odkrycia odczulającego działania wód alkalicznych, znaczenie tych wód w sprawach nieżytowych otrzymało naukowe poparcie i popularyzuje się na nowo, co zapewni w przyszłości rentowność wkładów.

O ile rozbudowa naszych urządzeń leczniczych jest dziś z powodów finansowych jeszcze nie na czasie, to na *planowanie* jej czas już nadszedł i szczegółowa dyskusja na ten temat jest bardzo pożądana.

Korzystajmy z instytucyj przeciwgruźliczych. Zachęcajmy chorych do leczenia. Dorobek nauki musi być dostępny dla wszystkich.

Chory na gruźlicę uświadomiony nie jest niebezpieczny dla otoczenia.

Polska Produkcja Hemostylu D-ra Roussel'a

Klasyfikacja gruźlicy.

„Zjazd uchwala przyjąć podział kliniczny gruźlicy płuc D-ra Seweryna Sterlinga, jako obowiązujący dla lekarzy polskich".
(I Polski Zjazd Przeciwgruźliczy)

I. POSTACI KLINICZNE SUCHOT PŁUCNYCH PRZEWLEKŁYCH:

A) Tuberculosis abortiva

B) Phtisis pulmonum chronica

a) INCIPIENS	b) DECLARATA	c) CONSUMPTIVA
occulta	**fibrosa**	**fibrosa**
manifesta	**fibroso-caseosa**	**fibroso-caseosa**
stationaris	*stationaris*	**caseosa**
progrediens	*progrediens*	
acute	acute	
chronice	chronice	
regrediens	*regrediens*	
	caseosa	
	progrediens	
	acute	
	chronic	
	regrediens	

C) Tuberculosis obsoleta

II. POSTACI KLINICZNE SUCHOT PŁUCNYCH OSTRYCH:

A. PNEUMONIA TUBERCULOSA
B. BRONCHOPNEUMONIA TUBERCULOSA
C. TUBERCULOSIS MILIARIS CATARRHALIS
D. TUBERCULOSIS MILIARIS SUFFOCANS.

Dr. med. Juljan Birencwajg (Warszawa).

Wycięcie nerwu przeponowego.

Siły obronne ustroju ludzkiego w walce z zarazkiem w ognisku gruźliczem mają wydatnie ułatwione swe zadanie, jeżeli zaatakowany organ wyłączony zostanie z pracy, — możliwie dokładnie unieruchomiony.

W wypadku gruźlicy kości, czy stawu nakłada się gipsowy opatrunek ustalający. Chory przez przeciąg kilku miesięcy, — jeżeli chodzi o kręgosłup przez rok i dłużej, odciąża pracę dźwigania podparłszy chorą kończynę, czy krąg sztywnym opatrunkiem.

W gruźlicy płuc podobną rolę spełnia *odma sztuczna*. Wtłoczonem do jamy opłucnowej powietrzem wywieramy ucisk na chore płuco, przyciskając je do kręgosłupa, wyłączając je w ten sposób od wykonywania ruchów oddechowych. Oszczędzamy chory organ, zwalniamy go od wykonywania pracy. Odma sztuczna uznana została dzisiaj za jeden z potężnych środków leczniczych w walce z gruźlicą płuc. Niestety, nie zawsze da się założyć, ponieważ na skutek procesów chorobowych tworzą się zrosty opłucnej.

W r. 1911 dwaj uczeni niemieccy — Sauerbruch i Stuertz — dla tych właśnie przypadków postanowili uzyskać unieruchomienie chorego płuca przez porażenie odpowiedniej połowy przepony.



Ustronie. — Prewentorjum. — Lekcja w ogrodzie.

Nacinali oni po tej stronie nerw przeponowy, porażali przeponę, która wiotczała i, sparaliżowana, wysklepiała się wysoko ku górze do klatki piersiowej. Na uwolnione miejsce wtłaczały się jelita. Przepona należy do mięśni oddechowych. Jej porażenie wywołuje po tej stronie osłabienie ruchów oddechowych.

Pierwotnie Sauerbruch przecinał tylko nerw przeponowy. Ale organizm ludzki stara się przywrócić stan normy. Poprzez zawsze liczne bardzo gałązki boczne nerwu następuje po pewnym czasie odrodzenie nerwu i przywrócenie ruchów przepony, a w następstwie i czynności oddechowych chorego płuca. Aby temu zapobiec, zmodyfikowano zabieg: nie nacina się nerwu, ale wycina się kawałek długości minimum 8 — 10 cm. Zabiegu dokonywa się w znieczuleniu miejscowem. Nawet dla wyczerpanych chorych jest to zabieg stosunkowo nieduży i łatwy do zniesienia.

Porażenie przepony i zmiany w mechanice oddychania po tym zabiegu można dokładnie skontrolować promieniami Roentgena.

Dziecko wątłe, o powiększonych gruczołach chłonnych należy chronić przed infekcją: przy grypie w otoczeniu niech myje ręce i płucze gardło wodą utlenioną.

Dr. med. Skokowska-Rudolfowa (Warszawa).
Zast. Sekretarza Generalnego Międzynarodowego
Związku Przeciwgruźliczego.

Międzynarodowy ruch przeciwgruźliczy.

W r. 1887 dr. Robert Philip z Edynburga (Anglja) założył pierwszą przychodnię przeciwgruźliczą. Zdawałoby się, że to takie proste, a jednak jak wielkiej wiedzy trzeba było, jakiego genjuszu społecznego, jakiej umiejętności patrzenia w przyszłość, aby stworzyć system, w którym dotąd nie zmieniono nic i który rozpowszechnił się na cały świat.

Wszędzie w każdym cywilizowanym kraju znajdziemy tę samą organizację walki z gruźlicą: przychodnię (poradnię) jako ośrodek walki z gruźlicą, szpital, sanatorjum, prewentorjum. Możemy spotkać instytucje inne, ale te będą tylko uzupełnieniem — „wycieniowaniem" systemu edynburskiego.

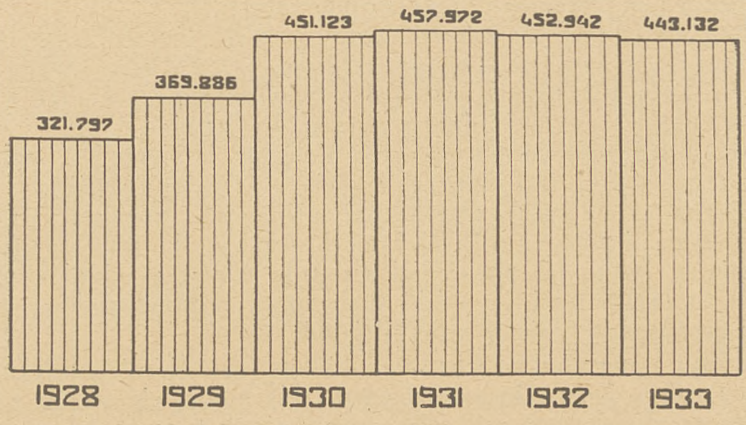
System ten rozpowszechnił się bez żadnych umów i traktatów po całym świecie. Spotykamy różne typy instytucyj — pałacowe sanatorja w Stanach Zjednoczonych A. P., barakowe — w Anglji, przychodnie w ośrodkach zdrowia w Polsce, przychodnie wyłącznie pojedyńcze we Francji.

Ale jest to znów forma tylko, bo treść pozostaje ta sama.

Gruźlica jest tak wielką klęską i tak powszechną — od bieguna do równika — że nie tylko wymaga wspólnego systemu walki ale i wspólnej organizacji.

Według prowizorycznych bardzo ostrożnych obliczeń, na całej kuli ziemskiej, biorąc pod uwagę tylko państwa cywilizowane, umiera rocznie około 3-ch miljonów ludzi. Tyle dotąd nie pochłonęła żadna wojna.

Przed wielką wojną został utworzony Międzynarodowy Związek Przeciwgruźliczy, działalność jego została przerwana na okres działań wojennych,



Wykres ilustruje w liczbach pracę poradni przeciwgruźliczych. W roku 1934 — 491.007 porad. Około pół miljona porad udzielają one rokrocznie.



Ustronie. — Prewentorjum. — Gimnastyka.

w roku 1920 Związek odżył nanowo. Przystąpiły doń państwa, które przystąpiły do paktu Ligi Narodów i Stany Zjednoczone A. P.

Odbyły się 3 Międzynarodowe Zjazdy — w Paryżu w r. 1920, w Londynie w r. 1921, i w Brukseli w r. 1922. Od tego czasu Zjazdy odbywają się co 2 lata: w r. 1924 w Lozannie, w 1926 w Waszyngtonie, w 1928 w Rzymie, w 1930 w Oslo, w 1932 w Hadze, w 1934 w Warszawie.

Wielka Międzynarodówka uczonych biologów, klinicystów i społeczników szuka coraz to nowych idei i nowych sposobów w walce z gruźlicą.

Międzynarodowe Zjazdy ułatwiają wymianę myśli, pozwalają na zapoznanie się z metodami pracy w różnych krajach. Ale nietylko czysto naukowe znaczenie mają te zjazdy. Jak powiedział uczestnik jednego ze zjazdów międzynarodowych, szwedzki minister opieki społecznej: „międzynarodowy zjazd jest najlepszą propagandą kraju w którym się odbywa".

Rok 1934 zgromadził w Warszawie kilkuset najwybitniejszych profesorów i lekarzy z całego świata, którym towarzyszyły osoby, nie mające wprawdzie nic wspólnego z medycyną, zato odgrywające nieraz znaczną rolę w życiu kulturalnem i towarzyskiem swego kraju. Nasi goście mogli nietylko zapoznać się z nauką polską, ale poznać kraj, zobaczyć na własne oczy pamiątki wielkiej przeszłości historycznej i dorobek z okresu odzyskania Niepodległości i nabrać

właściwego sądu o Polsce i szacunku dla niej. Dowodem że tak było, są liczne artykuły o Zjeździe i listy uczestników pełne uznania dla pracy i jej rezultatów w Polsce.

W wyniku tego Zjazdu Prezesem Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego został wybrany polak — wiceminister Opieki Społecznej, Dr. Eugenjusz Piestrzyński.

Zjazdy Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego mają doniosłe znaczenie naukowe: kilkudziesięciu najwybitniejszych specjalistów zaproszonych z różnych krajów oświetla zagadnienia naukowe, opinje Zjazdów mają dla nauki decydujące znaczenie. Jako przykłady mogą służyć tematy wzięte z poszczególnych Zjazdów, więc np. „Elementy przesączalne zarazka gruźlicy", „Szczepionka BCG", „Rozpoznawanie gruźlicy dziecięcej", „Chryzoterapja" (leczenie złotem), „Gruźlica i mleko" i t. p.

Akcja przeciwgruźlicza w różnych krajach cieszy się poparciem najwyższych czynników w państwie. W Polsce Protektorem walki z gruźlicą jest Pan Prezydent Rzeczypospolitej, w Anglji — król, to samo w Belgji, w Holandji — królowa-matka. Zjazdy międzynarodowe również odbywają się pod najwyższym protektoratem. U nas protektorat nad Zjazdem objął Pan Prezydent Rzeczypospolitej. W obecnej chwili do Międzynarodowego Związku należy 44 państwa — wszystkie państwa europejskie, z państw azjatyckich: Japonja, Chiny, Indje Brytyjskie, Indje Holenderskie i Filipiny, w Afryce: Egipt, Marokko, Tunis, Algier; w Ameryce: Stany Zjednoczone A. P., Kanada, Kuba, Argentyna, Brazylja, Kolumbja, Urugwaj; w Australazji — Nowa Zelandja.

Cała ta „międzynarodówka" biała i kolorowa ma wspólne godło i nietyle wspólny „język" ile sześć języków, uznanych za międzynarodowe, w których przemawia się na zjazdach i drukuje wydawnictwa. Są to języki reprezentujące wielkie grupy narodów (w porządku alfabetycznym): angielski, hiszpański, niemiecki, polski i włoski. Wspólnem godłem „międzynarodówki" jest podwójny krzyż. Jest to godło, użyte poraz pierwszy w czasie wojen krzyżowych, i przyjęte na jednym z międzynarodowych zjazdów przeciwgruźliczych jako międzynarodowy znak walki z gruźlicą.

Wreszcie jest jeszcze jeden symbol łączności międzynarodowej — znaczek przeciwgruźliczy. Co rok w okresie świąt Bożego Narodzenia w krajach należących do Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego odbywa się sprzedaż „znaczka" na rzecz walki z gruźlicą. Znaczek ma wielkość i kształt zwykłego znaczka pocztowego i jest naklejany na listy, paczki, rachunki, bilety i t. p. Nad rysunkiem znaczka wysilają swoją wyobraźnię najlepsi artyści w różnych krajach, a że pamięć i przyjaźń sięga dalej niż granice państwa, więc co rok o tej samej porze wędrują z jednego kraju do drugiego, z jednej półkuli na drugą przyklejone na listach kolorowe, opatrzone godłem podwójnego krzyża znaczki, opasując, jakby łańcuchem, ziemię widocznemi więzami „międzynarodówki przeciwgruźliczej".

Na gruźlicę umiera wciąż jeszcze ok. 70.000 osób rocznie. Około 300 tys. osób jest ciężko chorych i niezdolnych do pracy. Około miljona mieszkańców Polski choruje na gruźlicę.

Dr. med. H. Hummel (Warszawa).
Inspektor Pracy.

Gruźlica w fabryce i jej zwalczanie.

Robotnik, pracujący w fabryce, pozostaje w ciągu 8-miu godzin dziennie pod wpływem otoczenia fabrycznego prawie przez całe swoje życie, od wczesnej młodości. Warunki, jakie tam panują, nie są obojętne dla organizmu ludzkiego, a często bywają szkodliwe dla zdrowia, powodując powstawanie jednych chorób lub stwarzając doskonałe warunki dla rozwoju innych chorób nie nabytych w fabryce.

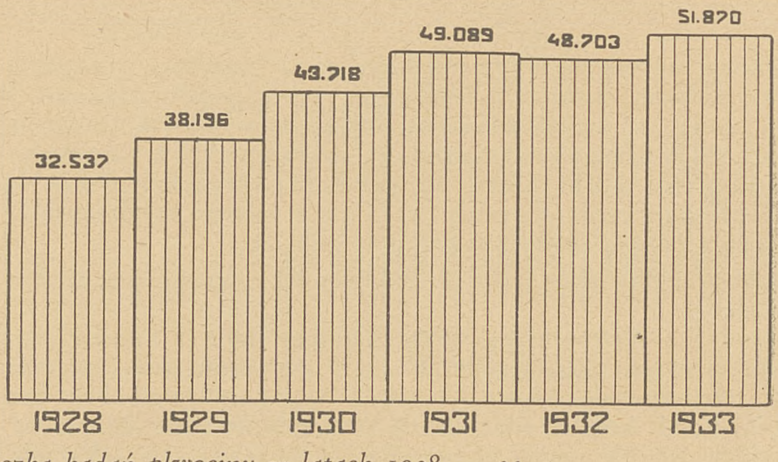
Chorobą, którą może zarazić się robotnik przy pracy w fabryce, a zarazem chorobą, która znajduje tam doskonałe warunki do rozwoju aż do zupełnego zniszczenia życia, jest gruźlica.

Gruźlica jest chorobą zawodową, w ścisłem tego słowa znaczeniu, w rzadkich jedynie wypadkach. Jako choroba zawodowa występuje ona u osób, stykających się z racji swego zawodu z ludźmi chorymi na otwartą gruźlicę lub też z przedmiotami przez nich zakażonemi, a więc u personelu szpitalnego, u osób zajętych dezynfekcją i piorących bieliznę chorych na gruźlicę.

W innych zawodach, nawet w tych, w których gruźlica jest przyczyną ogromnej ilości zgonów, np. wśród kamieniarzy (powyżej 80% zgonów), nie może ona być uznana za chorobę ściśle zawodową, dlatego że powstaje ona u nich nie wskutek wykonywania pewnego zawodu i nie z istoty danej pracy. Ulega ona natomiast tylko pogorszeniu u pracowników tych zawodów, którzy ją nabyli poza fabryką, i komplikuje inne choroby zawodowe, np. krzemicę płuc czy też ołowicę.

W fabryce źle urządzonej pod względem higjenicznym mogą zdarzać się wypadki zakażenia gruźlicą w ten sposób, że zarazki mogą przenosić się od chorych z otwartą gruźlicą na zdrowych trzema najczęstszemi drogami. Mianowicie z wyschniętą plwociną, z kropelkami rozpylanej przy kaszlu zakażonej plwociny i razem z zakażonemi pokarmami.

Chory robotnik, który pomimo to musi pracować, pluje na podłogę naokoło siebie, nie zdając sobie sprawy ze swej choroby. W fabryce czy też w warsztacie źle sprzątniętym i ciemnym, a te są bardzo liczne, zarazki w wyschniętej plwocinie mogą bardzo długo zachować żywotność. Plwocina ta miesza się z pyłem rzadko kiedy zamiatanej podłogi i wskutek wstrząsu podłogi, wywoływanego ruchem maszyn i pędni jak również rzucaniem ciężarów, chodzeniem i wskutek przeciągów, unosi się w powietrzu i razem z wdechanem powietrzem może się dostać do dróg oddechowych.



Liczba badań plwociny w latach 1928 — 33.
W roku 1934 — 55.783.
Stwierdzenie w plwocinie prątków Kocha rozstrzyga, że chory jest niebezpieczny dla otoczenia — rozsiewa w swem otoczeniu zarazki.
Niestety, nie wszystkie poradnie mają mikroskopy.



Ustronie. — Prewentorjum. — Lekcja.

Zakażenie kropelkowe może mieć miejsce w fabrykach ciasnych i ciemnych i jest źródłem znacznie groźniejszem, niż poprzednio opisane. Zdarza się, że robotnicy, a częściej robotnice, siedzą przy jednym stole pracy tak ciasno obok siebie i naprzeciwko siebie, że twarz sąsiadki z przeciwnej strony wąskiego stołu jest często bliżej, niż pół metra odległości; wtedy kaszląca robotnica opryskuje swoją plwociną twarz i ręce robotnic, siedzących na przeciwnej stronie stołu jak również przedmioty naokoło.

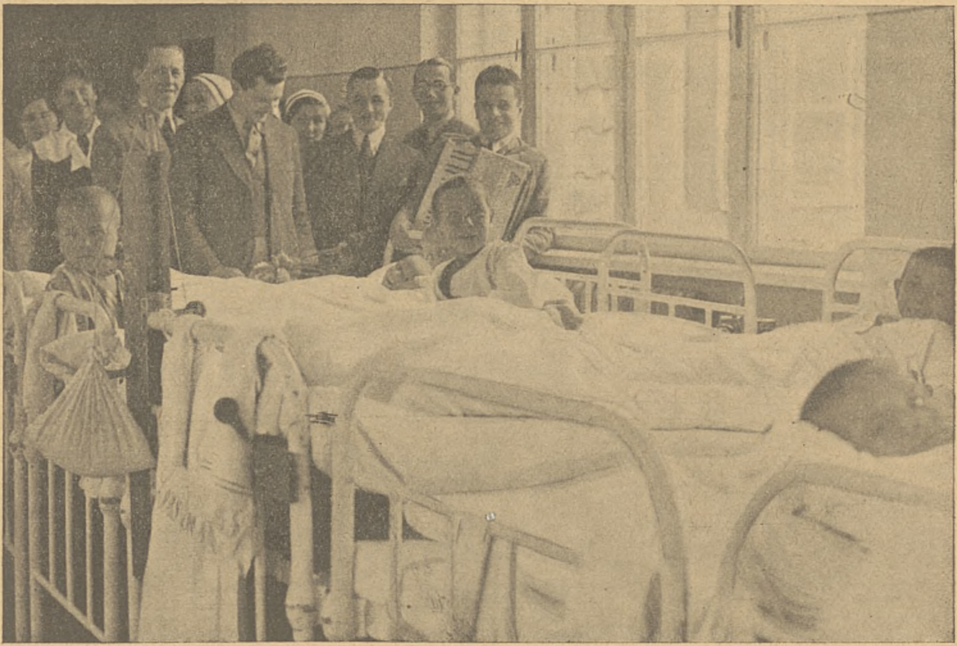
Zarazki gruźlicze mogą również dostawać się z pokarmami, spożywanemi w salach pracy.

Jak widać z poprzedniego opisu, zakażony kurz i kropelki wydzielin z dróg oddechowych mogą znajdować się w powietrzu sali i na rękach robotników. Jeżeli w takiem miejscu robotnik będzie spożywać obiad brudnemi, niemytemi rękami, któremi dotyka się przedmiotów powalanych w wyżej opisany sposób, to jest rzeczą zrozumiałą, że może on ulec zakażeniu przez zanieczyszczenie pokarmu.

W naszych fabrykach bardzo często można obserwować w porze obiadowej robotników, siedzących po kątach sali pracy w ubraniu roboczem, jedzących brudnemi rękami swój posiłek, przeważnie chleb, pozostawiając na nim ślady brudnych rąk.



343



W sanatorjach dziecięcych, przez długie miesiące pobytu dziecko nietylko podlega leczeniu, ale uczy się, bawi i kształci. „Polskie Radjo" ma tutaj najmilszych i... najwdzięczniejszych słuchaczy.

Ogólne higjeniczne warunki pracy w fabrykach źle urządzonych, a tych, powtarzamy, jest u nas bardzo dużo, i specjalne szkodliwości właściwe danemu zawodowi mogą wpłynąć na szybki rozwój gruźlicy, będącej dotąd w stanie nieczynnym. Jeżeli choć nawet bardzo pobieżnie przejrzymy warunki pracy naszych fabryk, to stanie się dla nas rzeczą jasną, że gruźlica może się tam bujnie rozwijać i że zupełnie słusznie zyskała ona miano choroby robotniczej. Złe warunki pracy niszczą organizm, osłabiając jego zdolności obronne i sprzyjają w ten sposób rozwojowi gruźlicy.

W fabrykach spotykamy bardzo często miejsca tak ciemne, że nawet w dni jasne musi się palić światło. Jest to skutkiem tego, że pomieszczenia pracy są stare, przy których budowie nie były uwzględnione zupełnie wymagania higjeny pracy, a szyby okien za małych w stosunku do wielkości sali są tak brudne, że przepuszczają tylko pewien nieznaczny procent światła.

Powietrze, którem oddycha robotnik w fabryce, przedstawia zwykle bardzo dużo do życzenia. Bywa ono zanieczyszczone pyłem różnego rodzaju, dymem, gazami, parą i t. p.

Najczęściej spotykanym trującym gazem jest tlenek węgla — czad, który wydziela się z wszelkiego rodzaju palenisk. Jak wiadomo, tlenek węgla jest trucizną krwi, która upośledza spełnianie ważnych funkcyj krwi i zmniejsza

odporność organizmu. Prócz tego, są bardzo liczne inne lotne substancje, które szkodliwie oddziaływują na organizm.

Pył, wdychany w dużych ilościach, nawet niezawierający składników trujących i prawie obojętny, uszkadza górne drogi oddechowe, pozbawiając je zdolności wydalania ciał obcych, a w samych płucach wywołuje różnego rodzaju pylice, z których najbardziej szkodliwą jest krzemica. Choroba ta, aczkolwiek może samoistnie być przyczyną zgonu, zazwyczaj komplikuje się procesem gruźliczym.

Powietrze w fabrykach może niekiedy zawierać i bardzo dużo pary wodnej, która może prawie go nasycać. Występują wtedy objawy znużenia, robotnicy są zlani potem, który spływa strumieniami po nich, nie ulegając parowaniu. Pot, łącznie z wilgocią z powietrza wsiąka w ich odzież, która staje się zupełnie mokra. Powoduje to łatwe przeziębianie się.

Temperatura sal, w związku z produkcją, może być bardzo wysoka i bardzo niska: od $+60^0$ w suszarniach, przy piecach wszelkiego rodzaju w rafinerjach cukru i t. d. aż do -20^0 w chłodniach. Daje to znów okazję do przeziębiania się.

Ogrzewanie sal w porze zimnej często bywa niedostateczne, robotnicy wtedy pracują w ciepłych odzieniach i znów przeziębiają się.

Przy pracy robotnik musi przybierać najrozmaitsze pozycje, często bardzo męczące, zależnie od wymagań danej produkcji. Niektóre pozycje wybitnie deformują klatkę piersiową, upośledzają oddechanie i krążenie krwi, szczególnie w jamie brzusznej.

Również zabójczo odbija się na zdrowiu ludzkiem nierówne i nadmierne tempo pracy i nadmierne wysiłki.

Prócz szkodliwych czynników należy jeszcze pamiętać, że w przemyśle używane są liczne trucizny, a więc ołów i jego związki, rtęć i wiele bardzo trujących substancyj do cjanku potasu włącznie. Substancje te, rujnując zdrowie, tem samem upośledzają siły organizmu w walce z gruźlicą.

Możnaby jeszcze wspomnieć o wielu innych szkodliwych czynnikach, jednakże te przykłady powinny wystarczyć dla zobrazowania, w jakich trudnych warunkach organizm musi walczyć o swoje istnienie.

Nie zapominajmy jednak, że poza fabryką robotnik też nie ma warunków dobrych pod względem wyżywienia, mieszkania, odpoczynku i t. d.

Do walki z tak potężną chorobą musimy przystąpić w ten sposób, żeby z fabryki usunąć albo unieszkodliwić te szkodliwe czynniki, o których była mowa.

Uświadomić sobie musimy, że walki tej wygrać nie można bez współudziału, i to najbardziej żywego, samych robotników. Robotnicy muszą być uświadomieni co do niebezpieczeństwa, jakie im grozi i pouczeni, jak się zachować, aby uchronić swoje zdrowie przed gruźlicą i muszą to zrozumieć.

Drugim czynnikiem bardzo zainteresowanym w tem, żeby robotnicy nie chorowali jest właściciel fabryki. Wie on, a przynajmniej powinien wiedzieć, że robotnik zdrowy wykazuje większą wydajność pracy, a więc pracuje taniej.

Uzdrowić warunki fabryczne teoretycznie bardzo łatwo, mianowicie trzeba urządzić fabrykę według wymagań higjeny pracy, i wtedy fabryka nie będzie tem miejscem, w którem robotnik nabywa gruźlicę i na nią choruje.

Wyliczymy pokrótce wymagania, jakie należy wobec tego stawiać współczesnym fabrykom:

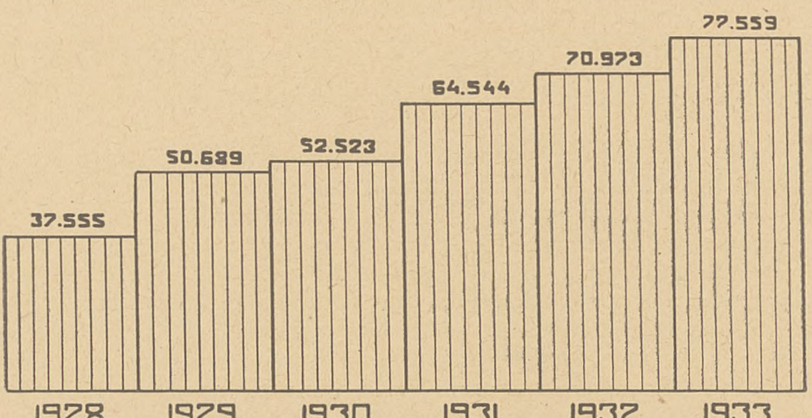
Sale fabryczne powinny być tak zbudowane i tak zaopatrzone w okna, żeby światło dzienne dostateczne było w każdem miejscu, gdzie znajdują się robotnicy. Praca przy świetle sztucznem powinna być dopuszczalna tylko w nocy lub w tych wypadkach, jeżeli tego światła wymaga produkcja.

Sale pracy powinny być dokładnie codziennie sprzątane przez specjalną obsługę. W salach powinny być ustawione spluwaczki. Powietrze w salach powinno być czyste i w dostatecznej ilości.

Walka z pyłem winna być przeprowadzana w ten sposób, aby wszelkie prace, przy której on powstaje były zmechanizowane i odbywały się w szczelnie zamkniętych aparatach. Jeżeli zaś to jest ze względów technicznych niemożliwe, powinny być zastosowane dostatecznej mocy odpylacze — (ekshaustory), któreby całkowicie chwytały pył w miejscu jego powstawania.

To samo dotyczy wszelkich gazów, płynów, pary i t. p.

Temperatura nadmierna rozgrzanych sal powinna być obniżana przez dostatecznie przestronne pomieszczenie, przez odpowiednie, nie zabliskie rozmieszczenie pieców, zbiorników gorących płynów, kotłów i innych źródeł ciepła na sali pracy; przez dokładną izolację zbiorników i przewodów gorących cieczy; przez umieszczenie zasłon przed otworami pieców i przez celową, dobrze obmyśloną wentylację.



Liczba badań rentgenologicznych w latach 1928 — 1933.

W roku 1934 — 93.381.

Badanie rentgenologiczne ułatwia ustalenie rozpoznania gruźlicy, — umożliwia dokładną kontrolę leczenia. Niestety, — tylko większe poradnie są wyposażone w aparaty Roentgena.



Zakład leczniczy im. Dr. K. Dłuskiego. — Siewierz. — Leżalnia.

Należy pamiętać, że ustępy dla robotników, pracujących w gorących salach, powinny być urządzone bezpośrednio przy tych salach i powinny być ogrzewane. Należy walczyć z nadmierną wilgotnością powietrza i powstawaniem mgły.

Sale pracy powinny być w porze zimowej ogrzewane, przyczem temperatura powinna być dostosowana do rodzaju pracy, od 12° — 18°, w zależności czy praca wymaga wysiłków mięśniowych i ruchu czy też nie.

Należy również zwrócić baczną uwagę na pozycję robotnika przy pracy. Trzeba tak zreorganizować metodę pracy, aby robotnik mógł przyjąć pozycję pozwalającą mu swobodnie oddychać. Jest to zupełnie możliwe, wymaga tylko obserwacji, znajomości produkcji, no i dobrych chęci ze strony kierownictwa fabryki. Wysokość warsztatu i siedzeń przy pracy powinna być dostosowana do wzrostu robotnika, co oszczędzi im wielu niepotrzebnych wysiłków i usprawni pracę. Należy także przystosować tempo pracy i wysiłki fizyczne do możliwości danego robotnika.

Robotnicy powinni otrzymywać do pracy specjalną odzież. Należy przestrzegać zasady, że robotnik powinien pracować tylko w ubraniu roboczem, dostosowanem do rodzaju i warunków pracy. W razie potrzeby robotnik powinien otrzymać ubranie ochronne, które go zabezpiecza przed szkodliwościami danej pracy.



Głośnik radjowy skraca długie godziny pobytu w szpitalu, wiąże chorego ze światem, zwalcza groźną nudę.

W każdej fabryce, nawet najmniejszej, powinno być urządzona w specjalnych pomieszczeniach umywalnia, szatnia i jadalnia, odpowiednio urządzone, aby robotnicy rzeczywiście z nich mogli korzystać. Należy przestrzegać, aby na czas przerwy obiadowej robotnicy nie pozostawali w salach pracy, lecz szli do jadalni, po uprzedniem umyciu i zmianie ubrania. Przrwa obiadowa powinna trwać całą godzinę, żeby robotnicy mieli dość czasu na mycie i przebranie się.

W czasie przerwy obiadowej sale powinny być sprzątane i przewietrzane.

W salach pracy powinny być rozwieszone barwne plakaty, pouczające o niebezpieczeństwie gruźlicy, sposobie w jaki człowiek nabywa ją i o sposobach walki z nią również statystyczne wykresy, poglądowo ilustrujące ogrom spustoszeń, jaki ona czyni wśród robotników danego fachu.

Na zakończenie musimy kategorycznie stwierdzić, że walki z gruźlicą nie można przeprowadzić bez udziału lekarza fabrycznego. Lekarz ten powinien przedewszystkiem badać nowowstępujących do fabryki, gdzie mogą być narażeni na działanie pyłu i nie dopuszczać ludzi zagrożonych gruźlicą; powinien przeprowadzać badania i usuwać robotników chorych na gruźlicę; powinien czuwać nad przestrzeganiem przepisów higjeny pracy w fabryce, przedewsystkiem nad sprzątaniem, wietrzeniem i t. d. Jeżeli administracja fabryki uwzględ-

ni powyższe wskazania, i robotnicy zastosują się do przepisów, mających na celu walkę z gruźlicą, — są wszelkie na to dane, że gruźlica przestanie być plagą robotników.

Plan walki z gruźlicą na terenie fabryki jest zupełnie realny, wkłada jednak pewne ciężary na administrację fabryki. Koszty jednak, wyłożone na podniesienie zdrowotności fabryki, a nawet na jej przebudowę, wrócą się z zyskiem, dlatego że produkcja przez zwiększenie wydajności pracy robotników stanie się znacznie tańszą.

Na robotników wkłada ten plan również ciężary i obowiązek, — przestrzegania zasad higjeny osobistej, — ale przeprowadzenie go da im zdrowie.

Ubezpieczenia społeczne w walce z gruźlicą.

W broszurze d-ra Marcelego Staroniewicza p. t. „Walka z gruźlicą a ubezpieczenie społeczne" czytamy:

„Jaki jest system zagruźliczenia Polski? Około 70.000 oficjalnie stwierdzonych co roku zgonów z gruźlicy, około 300.000 chorych zakaźnych z t. zw. gruźlicą otwartą, ogółem ponad miljon chorych na gruźlicę! Liczby potworne. A wiemy z własnych obserwacyj, jak dalekie są dane statystyczne od faktycznego stanu!"

A jaką posiłkujemy się bronią w walce z tą straszliwą plagą społeczną?

„Arsenał przeciwgruźliczy w Polsce jest tak skromny, że nie możemy pozwolić sobie na porównanie naszego dorobku z żadnym z krajów Europy. Mamy 341 poradni, 5219 łóżek sanatoryjnych i 3461 szpitalnych — razem 8.680 łóżek, w prewentorjach 1305 mejsc, 4 szkoły na świeżem powietrzu z 308 miejscami".

Tymczasem według ostatnich obliczeń Polska powinna posiadać około 60.000 łóżek szpitalnych, ok. 40.000 sanatoryjnych, ok. 10.990 miejsc w prewentorjach i blisko 16.000 miejsc w szkołach na otwartem powietrzu. Stwierdzamy tu dotkliwą, najboleśniejszą różnicę pomiędzy obecnemi środkami walki z gruźlicą, a potrzebami rzeczywistemi. Trzeba jeszcze szeregu lat organizacyjnych wysiłków, żeby walkę z gruźlicą postawić na poziomie i rozmiarach europejskich. W chwili obecnej Polska stoi w tej dziedzinie na szarym końcu w rzędzie państw cywilizowanego świata.

Wśród szeregu instytucyj, które walczą u nas z gruźlicą, poważną rolę odgrywa instytucja ubezpieczeń społecznych, jako największa w państwie organizacja lecznictwa społecznego, obejmująca swem działaniem niemal szóstą część ludności (t. j. ubezpieczonych wraz z rodzinami).

Na ogólną ilość 5219 łóżek sanatoryjnych, instytucje ubezpieczeń społecznych posiadają 1.688 łóżek, t. j. 31,9% podczas gdy liczba ubezpieczonych razem z członkami ich rodzin, uprawnionymi do korzystania ze świadczeń chorobowych stanowi ok. 16% ludności państwa. Widać stąd, że ubezpieczenia społeczne biorą znacznie wydatniejszy udział w walce z gruźlicą, niżby to wypadało ze stosunku ilości ubezpieczonych do ludności kraju. Świadczy o tem również liczba przychodni przeciwgruźliczych: 158 przychodni prowadzonych

w r. 1933 przy udziale ubezpieczalni społecznych na ogólną ilość 341 przychodni, t. j. ponad 46%.

W roku 1933 uprawnionych do leczenia w Kasach Chorych było 4.048.976 osób, na gruźlicę leczono 171.966 osób, czyli 42.47 na 1.000 uprawnionych. W roku 1934 na 3.499.733 uprawnionych do korzystania z Kas Chorych leczono na gruźlicę 137.713 osób, t. j. 39.35 na 1000 uprawnionych.

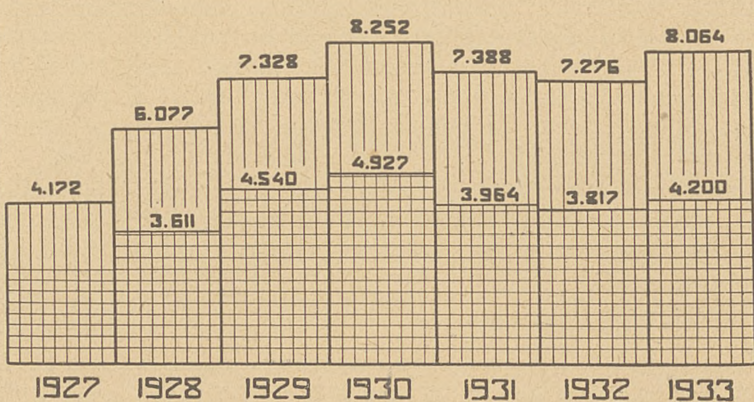
Ogólna liczba zgonów na wszystkie choroby wyniosła wśród ubezpieczonych i ich rodzin w roku 1933-cim 8.69, a w roku 1934-tym — 7,85 na 1000. Liczba zaś zgonów na gruźlicę w stosunku do ogólnej liczby zgonów wśród ubezpieczonych i członków ich rodzin wyniosła w r. 1933 — 17.26%, w roku 1934-tym — 16.69%.

Niektóre Ubezpieczalnie Społeczne obliczają, że trzecią część wypłacanych przez nie zasiłków stanowią sumy wypłacane chorym na gruźlicę (zasiłki pieniężne wypłacane z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby wyniosły w roku 1933-cim — 27.360.000 zł.).

Dla zagrożonych gruźlicą i ciężko chorych Ubezpieczalnie prowadzą własne sanatorja: „Staszicówka“ w Ludwikowie, Dom Zdrowia w Bystrej na Śląsku, Dom Zdrowia w Michalinie, Dom Zdrowia „Warszawianka“ w Zakopanem.

Dla dzieci urządzają Ubezpieczenia Społeczne coroczne kolonje letnie.

Doniosłe znaczenie w walce z gruźlicą ma też szeroka akcja budowlana prowadzona od szeregu lat przez instytucje ubezpieczeń społecznych. W okresie od 1930 r. do 1933 r. ogólny koszt budowy domów mieszkalnych ubezp. społecznych wyniósł 64.436.000 zł. Za tę kwotę powstało w 11 miastach 19 grup domów, obejmujących 4.114 lokali o łącznej liczbie 10.534 izbach. Budow-



Liczby umieszczonych w szpitalach (zakreskowane) i sanatorjach (zakratkowane). W roku 1934 — w szpitalach 4,498, — w sanatorjach 4,784 osób, — razem 9,282 chorych. Dla obłożnie chorych, przedewszystkiem dla wszystkich prątkujących, — musi się znaleźć miejsce w szpitalu czy sanatorjum.



Ustronie. — Prewentorjum. — Budynek zakładowy.

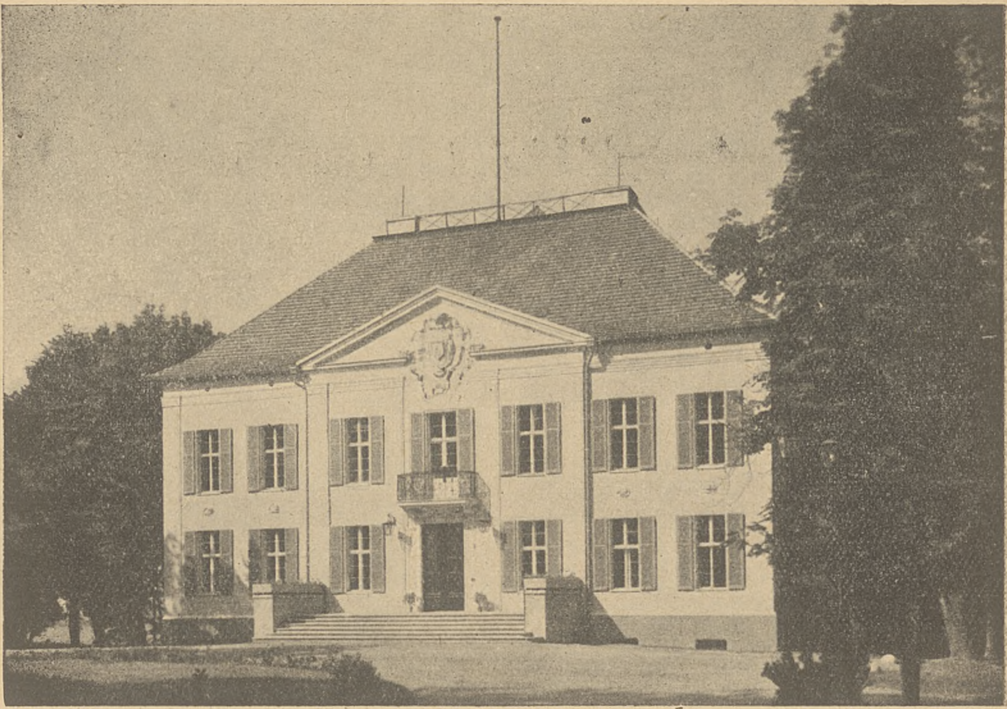
nictwo ubezp. społecznych, prowadzone zgodnie z nowoczesnemi wymaganiami higjeny społecznej przyczynia się w poważnym stopniu do zwalczania gruźlicy, która w niehigjenicznych mieszkaniach ma swe źródło największe.

Ubezpieczalnie Społeczne biorą też wydatny udział w przeciwgruźliczej akcji uświadamiającej, a to za pomocą wystaw ruchomych, specjalnych wydawnictw, ulotek i plakatów.

Wprowadzenie systemu lekarza domowego przyczyni się niewątpliwie do wzmożenia walki z gruźlicą. Lekarz domowy, mający stały kontakt z chorym i jego rodziną, będzie mógł rozszerzyć tak doniosłą w tej dziedzinie akcję zapobiegawczą.

Bieliznę osobistą i pościelową chorego na gruźlicę należy zbierać do oddzielnych płóciennych worków, ściąganych na tasiemkę, i prać osobno. Pranie poprzedzić należy zagotowaniem całego worka wraz z jego zawartością w roztworze sody z mydłem, w którym worek ten powinien przez noc moknąć.


Szanujcie oczy!
1
Palnik spirytusowy Rusticus daje jasne, białe, nieszkodliwe dla oczu światło żarowe
2
Palnik spirytusowy Rusticus nie kopci i nie wydziela swędu
3
Palnik spirytusowy Rusticus jest bezpieczny i niekłopotliwy w użyciu
4
Palnik spirytusowy Rusticus może być zastosowany do każdej lampy naftowej
W sprzedaży w 2 typach: o sile światła 30 i 50 świec
Palnik spirytusowy
Rusticus



Gorzyce. — Uzdrowisko. — Budynek zakładowy.

Dr. A. Rząśnicki (Warszawa).

Gruźlica a zawód.

Statystyka dowodzi, że gruźlica, mimo swego zakaźnego podłoża, w pewnych razach powinna być uznana za chorobę zawodową, ponieważ pomiędzy zawodem a zachorowalnością na gruźlicę możemy stwierdzić niewątpliwy związek. Istnieją zawody, w których gruźlica zdarza się częściej niż w innych. Praca w niektórych zawodach predysponuje do gruźlicy, aczkolwiek są i takie zawody, w których gruźlica zdarza się wyjątkowo rzadko, np. praca przy wypalaniu wapna.

Ponieważ, jak powiedzieliśmy, gruźlica jest chorobą zakaźną, czyli taką, która udziela się od chorego zdrowemu przez przenoszenie się prątków Kocha, niebezpieczeństwo zakażenia jest szczególnie duże dla osób przebywających podczas wykonywania pracy w lokalach z chorymi prątkującymi. W tych właśnie warunkach pracują lekarze i personel pielęgniarski w szpitalach na oddziałach, albo w sanatorjach dla chorych na płuca. Praczki, piorąc bieliznę szpitalną, również w znacznym stopniu są narażone na niebezpieczeństwo zawodowego zachorowania.

Praca w pyle, zwłaszcza jeśli ten pył jest twardy, silnie drażniący lub raniący błonę śluzową dróg oddechowych, usposabia do zapadnięcia na gruźlicę. Dlatego kamieniarze, rzeźbiarze, polerownicy szczególnie często padają ofiarą gruźlicy. Pył pochodzenia organicznego, jako mniej drażniący, działa nie tak szkodliwie, to też w słabszym stopniu przyczynia się do powstawania wrót zakażenia, jednakże i tu wyszczególnić należy zawody — młynarza, piekarza i cukiernika, jako dające duży odsetek chorych na płuca. W przemyśle tytoniowym i w zawodzie pocztowca zachorowalność na gruźlicę również jest znaczna. W tym ostatnim zawodzie zachorowuje głównie personel, zatrudniony przy przesyłkach pocztowych (pył często zakażony!).

Istnieją pozatem zawody, które pośrednio wpływają na zwiększoną zachorowalność, dzięki istnieniu warunków wywołujących osłabienie organizmu. Do takich należą, między innemi, zawody kelnera i subjekta restauracyjnego. Czynnikiem uspasabiającym jest alkoholizm, w zawodach tych rozpowszechniony.

Wreszcie praca w niektórych zawodach, np. w przemyśle budowlanym, przewozowym, — która odbywa się, zdawałoby się, w warunkach korzystnych dla zdrowia, bo na otwartem powietrzu, posiada warunki powodujące częste zakatarzenia dróg oddechowych.

Czasem infekcja gruźlicza powstaje przy bezpośredniem stykaniu się z materjałem zakażonym. Wówczas powstaje zakażenie miejscowe skóry. Tak bywa u rzeźników, handlarzy, weterynarzy, którzy muszą czasem dotykać narządów zwierząt chorych na gruźlicę.

Moglibyśmy przykładów podobnych przytoczyć więcej, ale i te już wystarczą do ugruntowania poglądu, że gruźlica w wielu wypadkach jest chorobą zawodową.

Aby zwalczać należycie gruźlicę trzeba duży nacisk położyć na uzdrowotnienie warunków pracy, a więc na higjenę pracy.

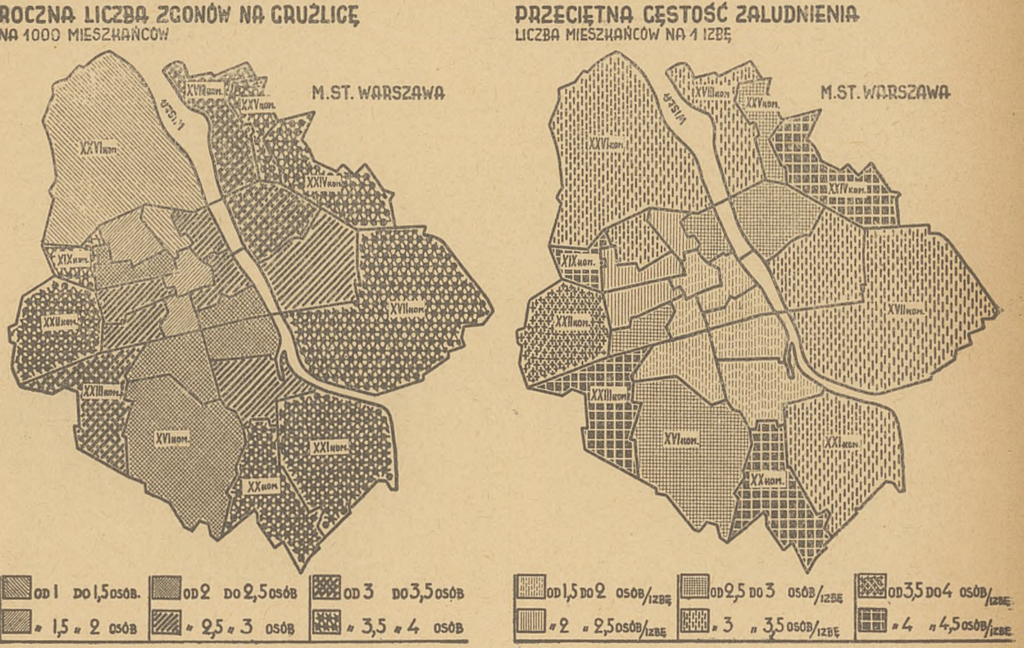
Inż.-arch. L. Nowak-Markowiczowa (Warszawa).

Higjena mieszkań robotniczych.

Trudno jest ustalić jaki wpływ na ogólny stan zdrowotności oraz śmiertelności wywierają warunki mieszkaniowe. Wszelkie dane statystyczne, jakiemi rozporządzamy, dotyczące sprawy powyższej, są przybliżone i fragmentaryczne. Mieszkania w dzielnicach robotniczych są przeludnione, niehigjeniczne, pozbawione najprymitywniejszych urządzeń sanitarnych. Ujemna rola takiego mieszkania, jako czynnika, szkodliwego dla zdrowia mieszkańców jest oczywistą, jednakże stan mieszkania nie stanowi wyłącznej przyczyny złego stanu zdrowia. Występuje tu bowiem jeszcze cały szereg innych czynników, jak: nieodpowiednie odżywianie lub niedożywianie, praca w złych lub nieodpowiednich warunkach i wiele innych.

Pomimo tych zastrzeżeń jesteśmy zdania, że nawet na podstawie niedoskonałych danych można stwierdzić istnienie niewątpliwej zależności po-

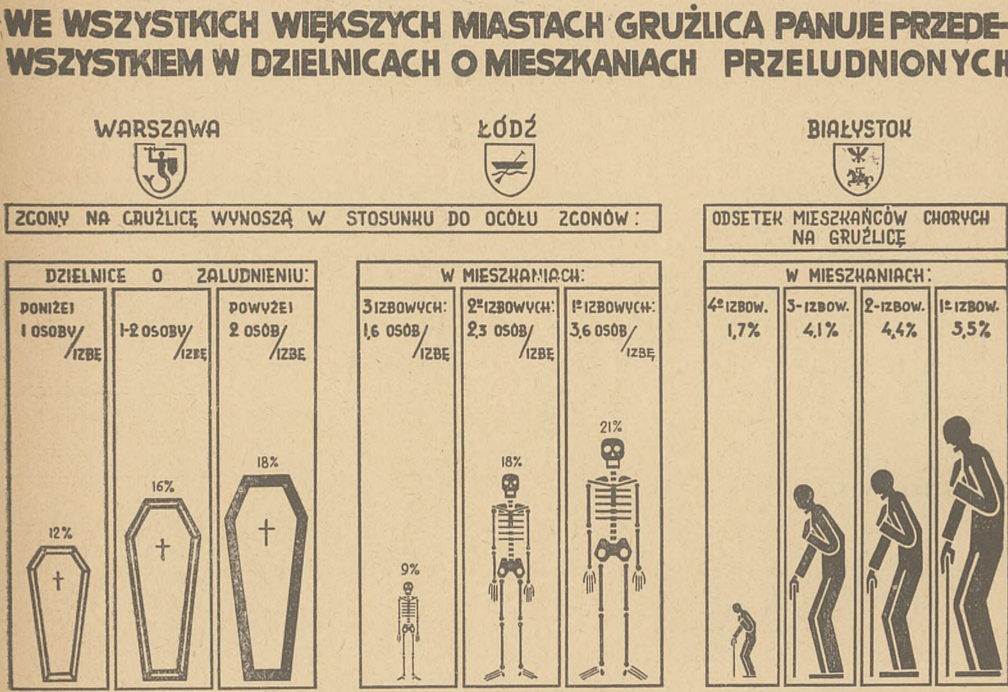
RÓWNIEŻ I W WARSZAWIE GRUŻLICA PANUJE W DZIELNICACH O MIESZKANIACH PRZELUDNIONYCH



między złemi warunkami mieszkaniowemi, a śmiertelnością i degeneracją fizyczną i moralną ludności.

W r. 1888 powstała pod Liwerpoolem nowa osada robotnicza Port Sunlight. (Port Sanlajt). Osada była położona w otoczeniu zdrowem, a mieszkania były przestronne i higjeniczne. Po 15 latach istnienia osady zebrano porównawcze dane statystyczne. Okazało się, że dzieci robotników z Port Sunlight są wyższego wzrostu i większej wagi ciała, niż ich rówieśnicy, dzieci bogatych Liwerpoolczyków. Liczba urodzeń wzrosła do 46% w porównaniu z 26% w całej Anglji, a śmiertelność zmalała do 8 — 9% w porównaniu z 16% w całej Wielkobrytanji. Porównanie liczb śmiertelności w innych osiedlach, położonych w zdrowych dzielnicach miast Anglji z dzielnicami fabrycznemi wykazuje również olbrzymie różnice: śmiertelność w miastach ogrodach wynosi od 4,2 — 8,1% w dzielnicach fabrycznych dochodzi do 19,5, a nawet 25%.

Warunki mieszkaniowe mają szczególnie ważne znaczenie dla chorób zakaźnych, a zwłaszcza gruźlicy. Przeludnienie, brak urządzeń sanitarnych, wilgoć, brak słońca — wszystko to stwarza niesłychanie sprzyjające podłoże dla rozwoju i przenoszenia się zarazków gruźlicy.



W r. 1911 sporządzono na podstawie danych statystycznych Paryża, wykresy ilustrujące związek między przeludnieniem mieszkań, oraz ilością zgonów na gruźlicę. Okazało się, że w mieszkaniach przeludnionych śmiertelność była największa.

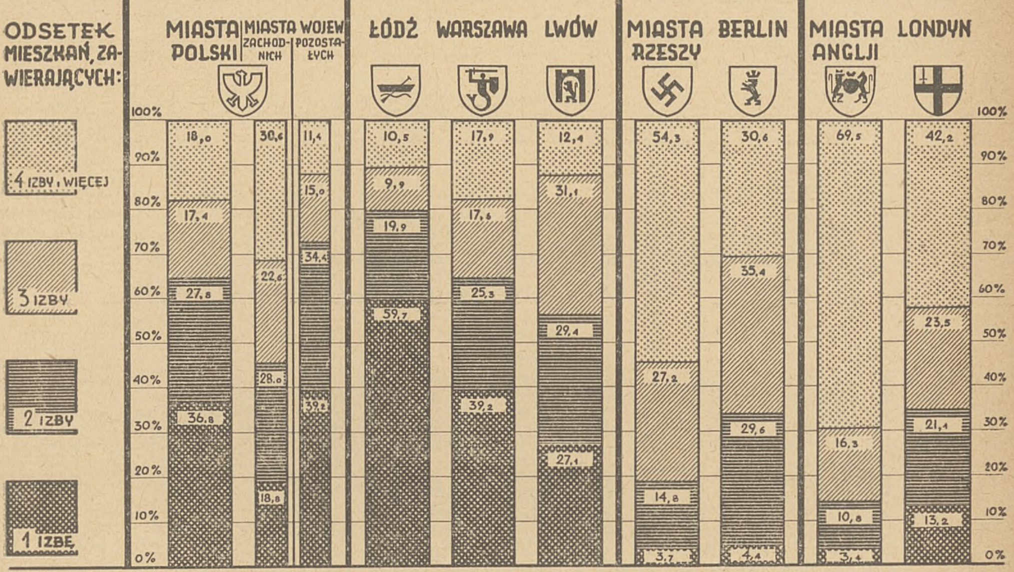
Podobne wykresy, sporządzone dla Warszawy (tabl. 1) wykazują również największą ilość zgonów na gruźlicę w dzielnicach najbardziej przeludnionych. Klęska gruźlicy dotyka zwłaszcza dzielnic przeludnionych wszystkich większych miast. Tablica 2 wykazuje wzrost odsetka zgonów i zachorowań na gruźlicę w miarę wzrostu zaludnienia izb w Warszawie, Łodzi i Białymstoku.

Wg. sprawozdania Komisji Ankietowej z r. 1928 sprawa zgonów na gruźlicę i inne choroby zakaźne najgorzej przedstawia się w Łodzi, gdzie warunki mieszkaniowe są jeszcze gorsze, niż w Warszawie. Mieszkania jedno- i dwuizbowe stanowią w Łodzi do 80% ogólnej ilości mieszkań. (tabl. 3). Śmiertelność zaś z powodu gruźlicy dochodziła do 30 zgonów na 10000 mieszkańców, w Warszawie liczba ta w tym czasie wynosiła 28.

Należy przy tem nadmienić, że 78% zgonów na gruźlicę przypadało na mieszkania jednoizbowe, 14,9% na dwuizbowe, a tylko 1% na większe.

Z ankiety, przeprowadzonej w r. 1932 przez Instytut Gospodarstwa Społecznego odnośnie rodzin bezrobotnych wynika, że w Warszawie 40% miesz-

ZAGADNIENIE MIESZKANIOWE W POLSCE-TO ZAGADNIENIE MIESZKAŃ 1- i 2-IZBOWYCH, GDYŻ STANOWIĄ ONE 2/3 OGÓŁU MIESZKAŃ



MIESZKANIA MAŁE /1- i 2-IZBOWE/ STANOWIĄ W MIASTACH POLSKICH 64,6%, W NIEMIECKICH 18,5%, W ANGIELSKICH 14,2%

kań jednoizbowych było zamieszkałych przez 6 i więcej osób, 50% przez więcej niż 4 osoby. Są to przeważnie lokale małe, zimne, wilgotne, pozbawione ustępów, zlewów i wodociągów.

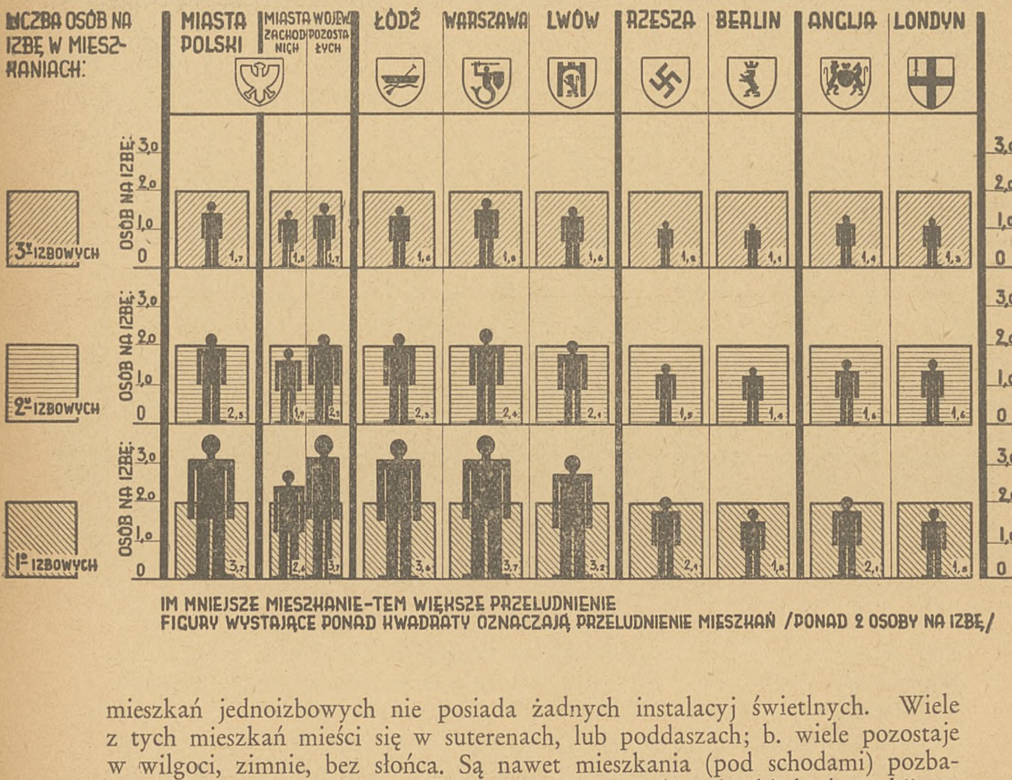
Za normę zaludnienia przyjmuje się 2 osoby na izbę. W Polsce przeciętne zaludnienie mieszkań 1-izbowych stanowi do 4 osób na izbę, 2-izbowych do 3 osób. (tabl. 4).

Za granicą ta sprawa przedstawia się znacznie lepiej. W Niemczech i Anglji np. zaludnienie mieszkań 1-izbowych utrzymuje się koło normy 2 osób na izbę, a w większych miastach już spada znacznie poniżej normy.

I znowu statystyka śmiertelności na gruźlicę stwierdza, że gdy w Polsce śmiertelność wynosi ogółem około 18 osób na 10000 mieszkańców, w Anglji wynosi około 8, w Belgji i Niemczech około 7, w Holandji około 6 osób.

Z powyższych wywodów wynika, że największą kleską mieszkań robotniczych jest ich nadmierne przeludnienie. W ciasnych izbach z trudem gnieżdżą się liczne rodziny robotnicze. Bardzo często w jednej izbie mieszka po dwie lub więcej rodzin. (Wg. obliczeń Komisji Ankietowej w Warszawie istnieje około 60.000 rodzin bezdomnych). Uwzględnić przytem należy, że małe mieszkania robotnicze są przeważnie pozbawione klozetów, wanien i nawet zlewów. Wg. danych, opracowanych na podstawie spisu mieszkań w Warszawie 89,2%

MIESZKANIA MAŁE W POLSCE SĄ PRZELUDNIONE W MIERZE NIESPOTYKANEJ NA ZACHODZIE EUROPY



IM MNIEJSZE MIESZKANIE—TEM WIĘKSZE PRZELUDNIENIE
FIGURY WYSTAJĄCE PONAD KWADRATY OZNACZAJĄ PRZELUDNIENIE MIESZKAŃ /PONAD 2 OSOBY NA IZBĘ/

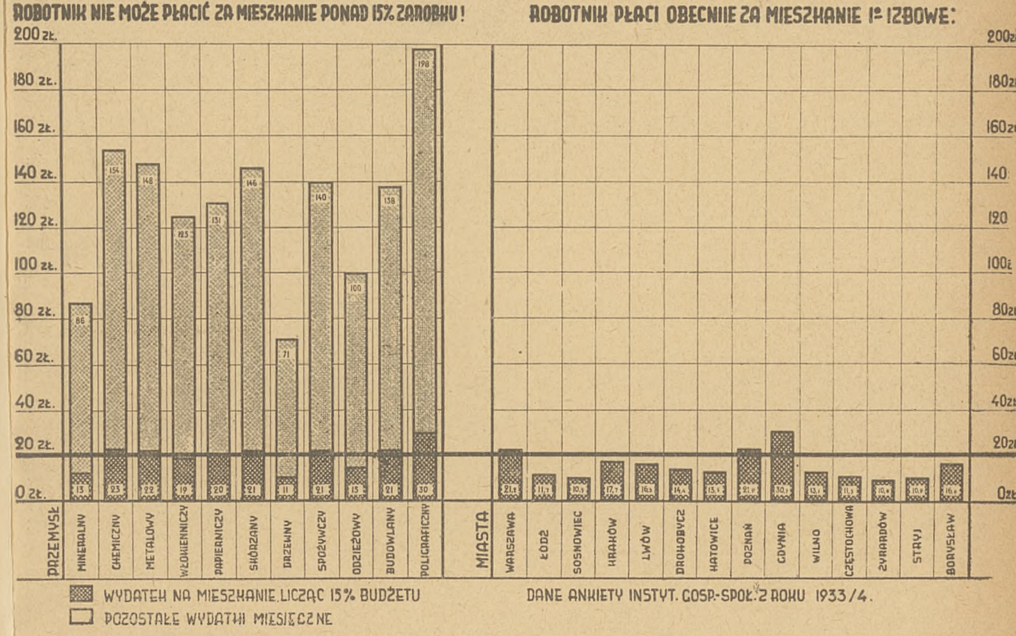
mieszkań jednoizbowych nie posiada żadnych instalacyj świetlnych. Wiele z tych mieszkań mieści się w suterenach, lub poddaszach; b. wiele pozostaje w wilgoci, zimnie, bez słońca. Są nawet mieszkania (pod schodami) pozbawione zupełnie okien. Nie mówi się już tutaj o różnych „bieda-domach" zamieszkałych przez bezdomnych przeważnie bezrobotnych. Są to nory, których ludzkiem mieszkaniem nazwać nie można.

Mieszkania robotnicze są pozbawione najprymitywniejszych sprzętów. Z ankiety, zebranej pośród dzieci jednej ze szkół powszechnych w Warszawie okazało się, że 70% dzieci spało w izbach, w których mieszkało ponad 4 osoby. Prawie wszystkie nie posiadały własnych łóżek.

Ze sprawozdania Niemieckiego Czerwonego Krzyża do walki z gruźlicą na rok 1925 - 26 wynika, że na 59,766 osób chorych na otwartą gruźlicę posiadało własną sypialnię 17346 osób, a 17828 natomiast nie posiadało nawet własnych łóżek. Danych podobnych dla Polski nie posiadamy, jednakże wobec gorszych warunków mieszkaniowych sprawa ta u nas przedstawia się napewno jeszcze gorzej.

Oczywiście, wszystkie te przykłady nie potrafią w dostatecznym stopniu zilustrować całego ogromu nędzy mieszkaniowej. Ludzie, mieszkający w tych

MIESZKANIE DOSTĘPNE DLA ROBOTNIKA POLSKIEGO NIE MOŻE KOSZTOWAĆ PONAD 20 ZŁ. MIESIĘCZNIE



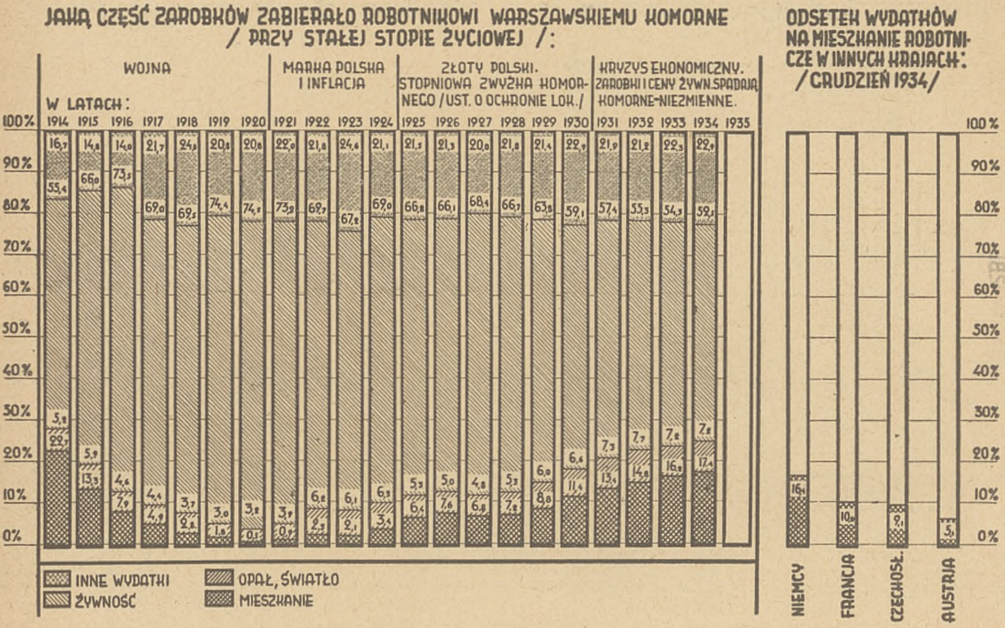
warunkach są skazani na wszystkie straszliwe ich skutki: na uniemożliwienie życia kulturalnego, na degenerację fizyczną i moralną.

W zasadzie łatwo określić sposób walki z nędzą mieszkaniową: należy wybudować dostateczną ilość mieszkań dobrych, należy wszelkie rudery, mieszkania złe lub prowizoryczne zastąpić przez inne, lepsze.

Nowe mieszkania powinny uwzględnić wymagania nowoczesnej higjeny. Należy budować mieszkania dostateczne, obszerne, słoneczne suche, zaopatrzone w specjalne urządzenia higjeniczne i sanitarne. W tak urządzonych mieszkaniach można skutecznie walczyć z chorobami zakaźnemi i gruźlicą, separując chorych w oddzielnych pokojach lub kątach. W mieszkaniach ciasnych robotniczych jest to jednak bardzo trudne do zrealizowania, albowiem wszystkie powyższe nowoczesne urządzenia są zbyt kosztowne i przez to niedostępne dla najbiedniejszych warstw robotniczych.

Ratunek zdrowia społecznego musi się właśnie zacząć tam, gdzie ono jest najbardziej zagrożone: w małych, przeludnionych mieszkaniach robotniczych. Chodzi o to, ażeby takie mieszkania — siedliska chorób, zarazy i zwyrodnienia zastąpić przez inne jakieś lepsze, przynajmniej zbliżone do niezbędnie koniecznych wymagań higjeny.

KOSZT MIESZKANIA PRZERASTA MOŻLIWOŚCI PŁATNICZE ROBOTNIKA POLSKIEGO I JEST WYŻSZY NIŻ NA ZACHODZIE EUROPY



Mieszkania robotnicze powinny być jednak tanie, a koszt ich nie powinien przekraczać możliwości płatniczych robotnika. Trzeba budować mieszkania robotnicze tak, ażeby w granicach tych możliwości płatniczych dały najlepsze warunki życia ich mieszkańcom. Mieszkań takich należy zbudować bardzo dużo. (Zagadnienie możliwości płatniczych robotnika ilustrują wykresy 5 i 6).

Obecna polityka mieszkaniowa dąży do wprowadzenia tych postulatów w życie. Instytucją, specjalnie powołaną do realizacji powyższych zamierzeń, jest Towarzystwo Osiedli Robotniczych, którego organizację i działalność omawiał w poprzednim numerze „Służby Zdrowia" artykuł prof. J. Strzeleckiego.

Sytuację mieszkaniową u nas ilustrują wykresy 7 i 8.

Nowy typ mieszkania robotniczego powinien być wyrazem przyzwyczajeń życiowych, właściwych danej klasie społecznej, a jednocześnie wyrazem wiedzy najnowszej.

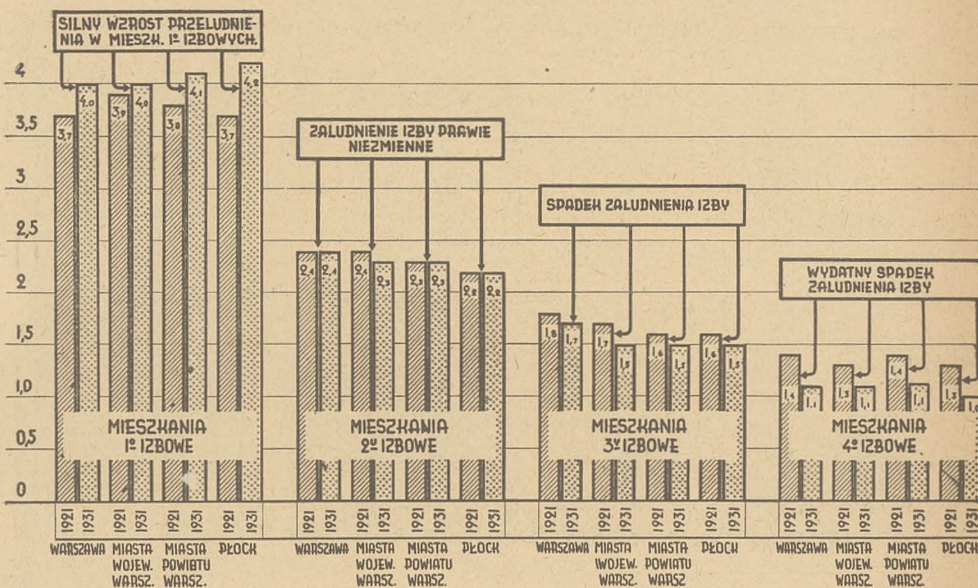
Higjena mieszkania robotniczego jest zależna od następujących czynników:

a) gęstości zaludnienia,

b) nasłonecznienia i właściwego oświetlenia,

c) czystości otaczającego mieszkanie powietrza, oraz możliwości zwentylowania mieszkania,

GĘSTOŚĆ ZALUDNIENIA ZMNIEJSZA SIĘ W POLSCE TYLKO W MIESZKANIACH WIĘKSZYCH...



d) zaopatrzenia w dobrą wodę,

c) zaopatrzenia w różnego rodzaju instalacje, jak: świetlne, sanitarno-higjeniczne, wodociągowo-kanalizacyjne, gospodarcze i inne.

f) rozplanowania wnętrza,

g) właściwego wyboru materjałów budowlanych.

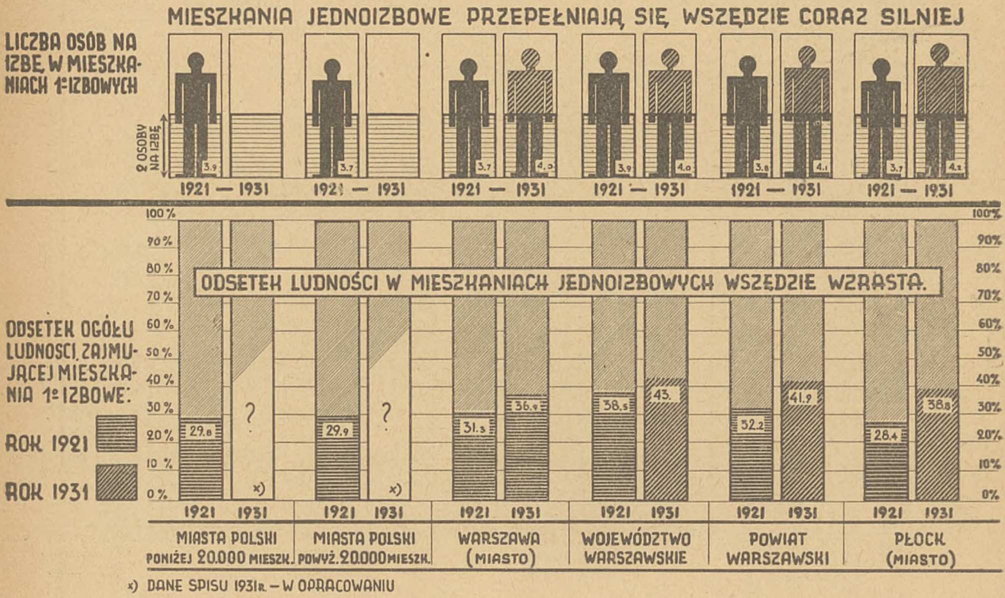
Stosowane obecnie przez T. O. R. rozwiązania nowego typu mieszkania robotniczego dążą do uwzględnienia w ramach oznaczonego jako dopuszczalne maksimum kosztu, wszystkich powyższych warunków w stopniu następującym:

1. *Zaludnienie.* Jedno mieszkanie o powierzchni 30 — 36 m² w domu blokowym i 40 — 42 m² w domach jednorodzinnych przeznacza się dla jednej rodziny robotniczej, złożonej najwyżej z 5 osób. Sublokatorstwo tępi się.

2. *Nasłonecznienie i oświetlenie.* Światło i słońce są to pierwszorzędne warunki higjeny mieszkaniowej zwłaszcza ze względu na ich własności bakterjobójcze.

Każde mieszkanie musi posiadać światło słoneczne. Mieszkania północne, pozbawione całkowicie słońca są zupełnie wykluczone. Cała powierzchnia mieszkania powinna być oświetlona możliwie równomiernie (bez ciemnych kątów) i dostatecznie silnie. Uzyskuje się to przez odpowiednie rozmieszcze-

CORAZ WIĘKSZA CZEŚĆ LUDNOŚCI MIAST POLSKICH TŁOCZY SIĘ W PRZELUDNIONYCH MIESZKANIACH 1-IZBOWYCH



nie wystarczająco dużych okien. Przy takiem naświetleniu mieszkania brudy, zbierające się w kątach i w całem mieszkaniu są widoczne i łatwe do usunięcia.

3. *Czystość powietrza.* Mieszkania powinny być usytuowane w otoczeniu zdrowem, niezatrutem szkodliwemi wyziewami. Powinny posiadać możliwość odpowiedniego przewietrzania lub zwentylowania i ogrzewania (piece).

4. *Woda* do mieszkań powinna być doprowadzona za pomocą wodociągów lub studzien w dostatecznej ilości i jakości do picia i utrzymania czystości. Woda w studniach jest okresowo kontrolowana.

5. *Instalacje.* W miarę możliwości finansowych i technicznych wszystkie mieszkania lub grupy mieszkań powinny posiadać instalacje: świetlne, wodociągowo-kanalizacyjne (i inne), łazienki lub natryski, pralnie, klozety, zlewy i inne. Przy większych skupieniach mieszkań w t. zw. domach zbiorowych stosowanie instalacyj kanalizacyjno-wodociągowych uznano za konieczne. Natomiast w osiedlach, składających się z domów jednorodzinnych, niezależnie od tego czy to będą domy szeregowe, czy luźno-stojące, przyjęto za dopuszczalne stosowanie studzien wierconych zamiast wodociągów, oraz zastąpienie kanalizacji przez ustępy, posiadające doły kloaczne.

6. *Rozplanowanie wnętrza.* Warunki higjeniczne powinny znaleźć swój wyraz również w rozplanowaniu wnętrza. (Oczywiście, że decyduje tutaj

w pierwszym rzędzie idea funkcjonalności wnętrza). Wszelkie czynności gospodarcze, jak gotowanie, mycie, pranie i inne powinny być, o ile możności, wydzielone. Gotowanie odbywa się w kuchniach zamkniętych, lub wnękach kuchennych. Pranie w domach zbiorowych w pralniach, suszenie bielizny w suszarniach, mycie w odpowiednich do tego kątach, lub łazienkach ew. w natryskach. Wspólne pralnie i łazienki stosuje się tylko w domach zbiorowych. Zaznaczyć należy, że w miejscach, przeznaczonych do wszystkich powyższych czynności, jako najbardziej narażonych na zawilgocenie i brud, używa się do wyłożenia podłóg i ścian materjałów, niepodlegających gniciu i łatwych do zmywania (terrakota, płytki cementowe, farby olejne i inne). Przy ustawianiu stołów do pracy powinno być uwzględnione usytuowanie wobec światła. Przy rozstawieniu łóżek dąży się do odseparowania przynajmniej dwóch łóżek dla rodziców we wnękach lub górkach sypialnych. (Chodzi tu o względy wychowawczo-moralne).

7. *Materjały budowlane.* O wyborze materjałów budowlanych decyduje prócz wielu innych czynników, sprawa zabezpieczenia ich od wilgoci, gnicia itp.

Wszystkie powyższe warunki higjeny mieszkania robotniczego mogą być spełnione w granicach oznaczonego jako maksimum czynszu około 20 zł. miesięcznie.

Dopóki nie polepszą się w Polsce warunki ekonomiczne, póty idea dostarczenia jaknajwiększej ilości mieszkań tanich musi się ograniczyć do mieszkań typu prostego i oszczędnego.

Mieszkania takie poprawiają znacznie warunki życia robotników, nie wybiegając przytem poza granicę ich możliwości płatniczych.

Wszelkie podnoszenie poziomu tego minimum jest przedwczesne, obniżanie zaś powinno być niedopuszczalne.

Oczywiście, że w niektórych państwach Zachodnio-europejskich minimum podobne stoi na wyższym poziomie, lecz przyczyną tego jest różnica warunków ekonomicznych.

Jeżeli z różnych zapowietrzonych, zarażonych nor powyłażą wreszcie masy biedoty ludzkiej, jeżeli wzamian otrzymają takie skromne, choćby nawet prymitywne mieszkania — wówczas pochód śmierci może być zahamowany.

Kaszląc, kichając, a nawet głośno mówiąc, chory, jeżeli nie zasłania ust, wyrzuca przez nie ze swych dróg oddechowych liczne drobne, niewidoczne gołem okiem banieczki plwociny, które zawierają zarazki gruźlicy, a unosząc się czas jakiś w powietrzu, trafiają do płuc ludzi zdrowych. Zakażenie to nazywamy kropelkowem.

Chory na gruźlicę, mówiąc głośno, nie powinien zbytnio zbliżać się do swego współrozmówcy, a kaszląc lub kichając, winien odwracać twarz i zasłaniać usta chusteczką, a w najgorszym razie grzbietem lewej ręki, którą następnie powinien zaraz dokładnie zmyć mydłem w wodzie bieżącej.

Dr. med. S. Stypułkowski (Warszawa).
Sekretarz Rady Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego.

Sanatorjum ludowe Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego.

Przeszło ćwierć wieku temu Warszawskie T-wo Przeciwgruźlicze zapoczątkowało planową akcję zwalczania gruźlicy, hasłem której było — dobro ogółu narówni z dobrem jednostki.

Wprowadzając w życe nowy program pracy T-wo sprzyjało rozszerzeniu zakresu działania medycyny, dodając do jej działu leczniczego dział zapobiegawczy. W tym celu zostały powołane nowe placówki społeczno-lekarskie, zwane poradniami, i w znacznym stopniu rozszerzony został program pracy placówek starego typu, jako to: szpitali, sanatorjów i domów zdrowia.

Akcja we wszystkich placówkach lekarskich prowadzona jest w dwóch zasadniczych kierunkach. Praca lekarza specjalisty nad osobnikiem chorym i zbiorowa praca instytucji, jej lekarzy i pielęgniarek, nad środowiskiem chorego, zwłaszcza nad jego rodziną.

Ten dział pracy odgrywa obecnie decydującą rolę w opanowaniu i unieszkodliwieniu źródła zakażenia, co jest podstawowem zadaniem walki społecznej z gruźlicą.

Poradnie Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego, uposażone należycie w sprzęt djagnostyczny i prowadzone przez wykwalifikowany personel lekarski i pielęgniarski, walczą o zrowie swych pacjentów, posługując się najnowszemi zdobyczami wiedzy lekarskiej. Równolegle placówki te są terenem systematycznego szkolenia chorego, jego rodziny i środowiska w zasadach higjeny i profilaktyki przeciwgruźliczej.

Tylko w tych warunkach mogło T-wo uruchomić swe poradnie w przeludnionych dzielnicach i nawet w domach prywatnych, mieszkalnych. Tysiące uświadomionych chorych jeździ tramwajami, kolejami, pracuje w biurach, fabrykach i t. p., mieszka najczęściej w przeludnionych lokalach, zachowując się jednak w sposób właściwy, ochrania otoczenie od zakażenia się i samych siebie od samozakażenia się.

W celu utrwalenia swej pracy, w zakresie lecznictwa i wychowania, poradnie szukają współpracy z zakładami zamkniętemi, zwłaszcza z sanatorjami i domami zdrowia o chrakterze ludowym. Są to placówki praktycznego szkolenia chorego w zasadach profilaktyki przeciwgruźliczej i przygotowania chorego do *normalnego współżycia ze społeczeństwem zdrowem.*

Doceniając wpełni znaczenie sanatorjum ludowego w planowej akcji przeciwgruźliczej, T-wo wytrwale dążyło, od chwili swego powstania, do pozyskania własnych placówek tego rodzaju. Tą drogą poradnie zapewniały chorym, pochodzącym przeważnie z mało zasobnych pod względem finansowym środowisk, tanią kurację zakładową i stwarzały serdeczne stosunki z chorymi, umieszczonymi w zakładzie bez podziału na klasy, co również sprzyjało celom wychowawczym. Należało uświadomić szerszy ogół, *że dobre wyniki* w lecz-

PIERWSZY POPULARNY SAMOCHÓD SERYJNIE BUDOWANY W POLSCE



NOWY POLSKI FIAT 508

Kompletny 4-o osobowy samochód z dwoma kołami zapasowemi, kierunkowskazami, zderzakami i narzędziami

ZŁ. 5400.—

BEZPIECZEŃSTWO — stalowa karoserja z nietłukącemi się szybami, hydrauliczne hamulce, znakomita stateczność na wszelkich drogach.
OSZCZĘDNOŚĆ — niska cena zakupu, małe zużycie benzyny, tanie opony i części zapasowe.
KOMFORT — łatwość prowadzenia przy wszelkich szybkościach, znakomite resorowanie, wygodna karoserja z pomieszczeniem na bagaż.

POLSKI FIAT

PRODUKCJA 1935 R. PAŃSTW. ZAKŁADÓW INŻYNIERJI W WARSZAWIE

ZIOŁA

CHOLEKINAZA

H. NIEMOJEWSKIEGO

SKŁAD GŁÓWNY

Stosuje się przy chorobach:

I. Choroby wątroby i na jej tle:
Kamienie żółciowe
Żółtaczka
Chroniczne zaparcie stolca
Katary (nieżyty) żołądka i kiszek.

II. Na tle złej przemiany materji:
Podagra (artretyczna).
Ischias i inne newralgje artretyczne
Choroby skóry na tle złej przemiany materji (trądzik i t. p.)

Lab. Fizjol.-Chem. Warszawa, Nowy-Świat 5

Apteki i składy apteczne. *Broszury bezpłatnie*



Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze.
Główny Pawilon Domu Zdrowia w Świdrze im. D-rów K. i B. Dłuskich.

nictwie przeciwgruźliczem mogą być osiągnięte w *najskromniejszych warunkach* bytowania *przy wczesnem wykryciu* stanu chorobowego, należytem *uświadomieniu chorego* i *stałej współpracy z lekarzem.*

W wyniku znacznego wysiłku organizacyjnego i finansowego, z inicjatywy Dr. Alfreda Sokołowskiego, I-go prezesa T-wa, powstaje w roku 1912 pierwsze ludowe sanatorjum Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego niedaleko od Karczewa pod nazwą „Leśniczówki". Niestety w związku z działaniami wojennemi sanatorjum zostało zamknięte w roku 1917. Jednak Rada T-wa nieustannie pracowała nad odbudową tej tak potrzebnej placówki w innem miejscu. Zawdzięczając Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, T-wo uzyskało w roku 1924 budynek po szpitalu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do Walki z Epidemjami w Małorycie. W budynku tym, należycie przerobionym i zaopatrzonym, T-wo uruchomiło sanatorjum na 60 łóżek. Sanatorjum to prowadzone jest nadal i w okresie 10-cioletniej pracy obsłużyło do 3,000 chorych.

Na podstawie uchwały Walnego Rocznego Zebrania członków T-wa z dnia 26 czerwca 1935 r. Warszawskie T-wo Przeciwgruźlicze nabyło od Dr. Bronisławy Dłuskiej Dom Zdrowia w Świdrze. Placówka ta założona została



Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze.
Budynek administracyjny Domu Zdrowia w Świdrze im. D-rów K. i B. Dłuskich.

przez małżonków Dłuskich, twórców pierwszego większego sanatorjum w Zakopanem i istnieje od roku 1928.

Dom Zdrowia w Świdrze posiada 6-cio morgowy plac, z czego większość stanowi las sosnowy, oraz ogród ozdobny, ogród warzywny (inspekty, cieplarnia i t. p.) i plac krokietowy. Dom Zdrowia posiada 4 budynki mieszkalne zimowe.

Dom murowany duży 2-u piętrowy o 50 pokojach z racjonalnie wybudowaną salą jadalną i wzorowo urządzoną kuchnią, z pokojem do sterylizacji naczyń. Dom ten posiada 6 mniejszych i 2 duże werandy, pozwalające segregować chorych, do dyspozycji których są wygodne leżaki metalowe, materace w pokrowcach, worki futrzane, koce i t. p.

Dom drewniany o 12 pokojach rozplanowanych systemem korytarzowym z 3 werandami. Dom posiada również kanalizację i oświetlenie elektryczne.

Dwa domy mniejsze przeznaczone dla personelu lekarskiego, pomocniczego i służby.

Pokoje dla chorych są jedno i dwu osobowe. Ogólna liczba łóżek 90.

Na podstawie statutu, zatwierdzonego przez Urząd Wojewódzki Warszawski, Dom Zdrowia jest zakładem zamkniętym, przeznaczonym do leczenia gruźlicy gruczołowej i szczytowej.

Zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych i zaleceniami władz nadzorczych, Dom Zdrowia posiada wszystkie potrzebne urządzenia lecznicze: gabinet lekarza, pracownię rentgenologiczną, laboratorjum, aptekę, leżalnie higjeniczne, wodociągi, kanalizację, elektryczne oświetlenie, urządzenie do spalania śmieci, aparat dezynfekcyjny i urządzenie do niszczenia plwociny.

Pozyskanie tej wzorowej placówki jest wielkim sukcesem w dziejach pracy Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego, który został osiągnięty w wyniku szeregu lat oszczędnej i planowej gospodarki.

Usprawniając tą drogą pracę swych placówek, T-wo zapewnia im pomyślny rozwój i niewątpliwie przyczyni się do osiągnięcia dalszych zdobyczy w walce społecznej z gruźlicą.

Kąpiele solankowe.

Kąpiele lecznicze, odpowiednio dobrane i stosowane, wywierają dobroczynny wpływ na zdrowie chorego. Ileż to setek tysięcy kuracjuszy z najrozmaitszemi cierpieniami rokrocznie przewija się przez uzdrowiska! Ale czasami zły stan zdrowia chorego, częściej jeszcze zły stan kieszeni — nie zezwala na wyjazd do miejscowości kuracyjnej. Trzeba się zadowolić kąpielami leczniczemi ....w domu.

W uzdrowisku lekarz i personel pomocniczy troszczą się o właściwe przygotowanie i dobre przeprowadzenie kąpieli. W domu musimy sami wykonać zlecenie lekarza. Niechaj poniższe wskazówki ogólne pomogą nam je lepiej zrozumieć i dobrze wykonać.

Inowrocławskie kąpiele solankowe są potężnym środkiem leczniczym w gruźlicy chirurgicznej. Musi je zalecić lekarz, gdyż ich działanie fizjologiczne na organizm nie jest obojętne i musi być odpowiednio normowane. Jest ono zależne od: stopnia stężenia solanki, ciepłoty wody, czasu trwania kąpieli i częstości ich stosowania.

Inowrocławskie kąpiele solankowe wywierają na organizm człowieka dziadanie lecznicze, aktywując jego odporność, wzmagając procesy przemiany materji, pobudzając narządy krwiotwórcze, uspakajając nadmierną pobudliwość nerwową.

Zawsze należy uwzględniać stan ogólny chorego i jego indywidualną wrażliwość.

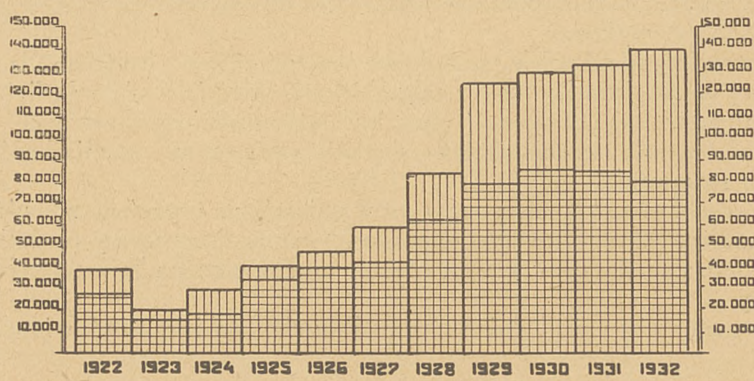
Długie lata trzeba leczyć dziecko chore na gruźlicę, a przecież trochę uświadomienia mogłoby je nieraz uchronić przed zakażeniem. Na tem polega cała wartość znajomości zasad, jak chronić siebie i swych najbliższych przed gruźlicą. Krzewienie wiadomości o gruźlicy jest naszym obowiązkiem.

Na zwykłą kąpiel dla dorosłego potrzeba około 100 litrów wody, dla dziecka — zależnie od wieku — od 40 do 60 litrów. Dodatek soli wynosi mn. w. 1 kg na 30 litrów wody.

Porządane by było, by Monopol Solny wypuszczał na sprzedaż 2 lub 3 kg woreczki soli zaprawione jakimś aromatycznym wyciągiem dla uprzyjemnienia kąpieli i pobudzenia dróg oddechowych chorego w czasie kąpieli do głębszego oddechu.

Ciepłota wody najczęściej stosowana, waha się od 28° do 37° C. Czas trwania kąpieli już po stopniowem przyzwyczajeniu się waha się w granicach od 10 do 25 minut i jest normowany zależnie od ogólnego stanu chorego.

Zwykle kąpiele solankowe inowrocławskie w domu stosuje się co drugi dzień. Zawsze należy uwzględniać indywidualną wrażliwość chorego, sprawdzać należy odczyn ustroju na kąpiel. W chłodnej porze roku dobrze jest bieliznę i pościel chorego ogrzać, kładąc pod kołdrę parę butelek z gorącą wodą.



Liczba dzieci umieszczonych na kolonjach (zakreskowana) i półkolonjach (zakratkowana).

Im bardziej pogarszała się sytuacja gospodarcza w Polsce, tem wydatniejsza musiała być pomoc i opieka nad dziećmi.

Jaremcze. Ośrodek podgórski Związku Zawodowego Pracowników Kolejowych Rzeczypospolitej Polskiej.



Specjalnie cenne są przejawy inicjatywy instytucyj społecznych, w udostępnieniu szerokim warstwom korzystania w czasie urlopów wypoczynkowych z doskonałych warunków klimatycznych uznanych miejscowości uzdrowiskowych.

W szeregu tych instytucyj kroczy Związek Zawodowy Kolejarzy (Z. Z. K.), który, oprócz zorganizowanego w ubiegłym roku Ośrodka morskiego w Wielkiej Wsi Hallerowo, zorganizował i otworzył dla wszystkich swych członków Ośrodek podgórski w pięknie położonej willi w Jaremczu.

Ceny (2,50 zł. dziennie dla członka z utrzymaniem) udostępniają pobyt nad jaremczańskiemi wodospadami Prutu wśród górskiej natury nawet skromnie uposażonemu pracownikowi kolejowemu.

Mleko krów często może zawierać zarazki gruźlicy bydlęcej (perlicy), niebezpiecznej również dla człowieka. Gotowanie mleka przez 5 minut, chociaż zabija prątki Kocha, pozbawia je cennych odżywczych właściwości i czyni produktem małowartościowym, szczególniej w odżywianiu dzieci; dlatego zabijanie prątków w mleku należy uskuteczniać, ogrzewając je przez 30 minut do 70 stopni Celsjusza. Prątki zostaną zabite, a mleko zachowa swe cenne wartości odżywcze, niezbędne dla młodego organizmu ludzkiego.

Uzdrowisko Otwock.

Wśród olbrzymich terenów leśnych, sięgających setek kilometrów kwadr., stanowiących doskonałą ochronę od wiatrów, szczególnie częstych na równinie mazowieckiej, rozpościera się najlepsza nasza stacja klimatyczna — Otwock. Obficie wydzielająca się żywica sosnowa i nadzwyczajna przepuszczalność gleby, składającej się z głębokich pokładów gruboziarnistego piasku, szybko wsysających opady atmosferyczne, składają się na idealne warunki leczenia różnych cierpień dróg oddechowych.

Działalność olbrzymich lasów i przepuszczalność gleby tworzy suche powietrze o dużej zawartości tlenu i ozonu; nieznaczne wahania temperatury i brak silnych wiatrów predestynują Otwock jako uzdrowisko klimatyczne o wyjątkowo zdrowotnych warunkach.

Wszystkie te cechy pozwalają korzystać z Otwocka w ciągu całego roku bez przerwy, w przeciwieństwie do uzdrowisk górskich.

Wyniki leczenia chorób dróg oddechowych w Otwocku są jaskrawem zaprzeczeniem ogólnego uprzedzenia, że tylko górskie wzgl. położone na południu Europy uzdrowiska dają dobre rezultaty. Wręcz przeciwnie: wyniki leczenia uzyskane w Otwocku są o wiele trwalsze, tem bardziej, że Otwock nie przedstawia żadnych ograniczeń ani przeciwwskazań.

Wyjątkowe warunki klimatyczne Otwocka pozwalają zalecać go nietylko w chorobach płuc i dróg oddechowych, lecz równie dobrze przy osłabieniu mięśnia sercowego, wadach organicznych serca, chorobach przemiany materji, chorobach na tle zaburzeń nerwowych, chorobach wieku dziecięcego; chorzy z podupadłym stanem odżywiania, ozdrowieńcy po ostrych i przewlekłych chorobach również dobrze Otwock znoszą.

W ostatnich latach na terenie uzdrowiska poczyniono wiele poważnych inwestycji. Prócz Domu Uzdrowiskowego, stylowego gmachu otoczonego tarasami, gdzie mieszczą się restauracja, kawiarnia, dancing, sale balowe i koncertowa, czytelnia oraz pokoje klubowe, urządzono park miejski z basenem o 600 mtr. kw. powierzchni, założono kwietniki, zieleńce, klomby na ulicach i placach dzielnicy uzdrowiskowej, zabrukowano nową serję ulic, częściowo nawet gładkiemi nawierzchniami, zbudowano piękną aleję łączącą Otwock ze

---

Chorego plującego należy zaopatrzyć w spluwaczkę stojącą koło łóżka oraz w spluwaczkę kieszonkową. Zawartość spluwaczek po dokładnem wymieszaniu z 10 procentową wodą karbolową, dodaną w ilości znajdującej się w spluwaczce plwociny, najlepiej pozostawić przez noc, a rano wylać do ustępu lub wprost do ognia, a samą spluwaczkę dokładnie wygotować w roztworze sody z mydłem w naczyniu spcjalnie nad ten cel raz na zawsze przeznaczonem.

Śródborowem wzdłuż toru kolejowego i t. p. Na wiosnę większość brukowanych ulic będzie smołowana dla zabezpieczenia od kurzu.

Obecnie został już zatwierdzony przez władze wojewódzkie plan zabudowy strefy sanitarnej, dając Zarządowi Miejskiemu możność ingerowania w sprawy budowlane, inwestycyjne, kolejowe i wszelkie inne wybiegające daleko poza granice właściwe miasta.

Zatwierdzone również zostały plany wodociągów i kanalizacji, co daje nadzieje na szybkie zrealizowanie tych tak koniecznych inwestycyj.

Prócz szeregu pensjonatów Otwock rozporządza kilkoma Sanatorjami, stojącemi na najwyższym poziomie tak pod względem sanitarnym, jak i komfortu.

Otwock jest połączony z Warszawą koleją, kolejką oraz komunikacją autobusową. Poczta, telegraf i telefon międzymiastowy.

Opłata klimatyczna wynosi zł. 12 miesięcznie od osoby.

ODPOWIEDZI REDAKCJI:

P. S. K. w Stryju: „Jemalt" zawiera jako składniki ok. 30% tranu zestalonego i ekstrakt słodowy. Jest bez zapachu i smaku tranu. Można go dzieciom podawać w mleku albo wprost łyżeczką na sucho.

Redakcja i Administracja: Warszawa, Finlandzka 4, tel. 10-24-64 (godz. 15--17)
Oddział w Łodzi: Księgarnia „Czytaj" ul. Narutowicza 2

Prenumerata: rocznie . . . zł. 5.— półrocznie . . zł. 2.50 Konto P. K. O. 29.002.

Redaktor: dr. med. *Juljan Birencwajg.* Wydawca: dr. med. *Jan Posmykiewicz.*

Drukarnia Wzorowa — Warszawa, ul. Długa 20, tel. 11-16-60.

376